ROCZNIK
TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO
KRAKOWSKIEGO.

Zeszyt IV.

za rok 1893.

(Z dwoma drzeworytami.)

TREŚĆ:

KRAKÓW,

Nakładem Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego.

Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1894.

ROCZNIK
TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO
KRAKOWSKIEGO.

Zeszyt IV.

za rok 1893.

(Z dwoma drzeworytami.)

TREŚĆ:

KRAKÓW,

Nakładem Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego.

Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1894.

87

Ś. p. Prof. Madurowicz
i Jego działalność naukowa.

Żałobny nastrój w Towarzystwie ginekologicznem krakowskiem, w czarnem obramieniu wychodzi w świat Rocznik niniejszy, zabrakło bowiem ś. p. Prof. Madurowicza, który, jako przewodniczący, był duszą Towarzystwa, a działalność Jego na każdej niemal kartce zaznaczona. Ciężką stratę poniosło nasze społeczeństwo, polska nauka, Uniwersytet krakowski i wszyscy ci, którzy w jakimkolwiek stosunku do Niego zostawali.

Ś. p. Prof. Madurowicz należał do tych ludzi niezwykłego pokroju, których znaczenie wówczas dopiero należycie oceniamy, gdy ich zabraknie na stanowisku przez nich zajmowanem, a których pamięć przerasta ich życie i życie współczesnych. Pracował on na arenie życia naukowego, zamkniętej w murach uniwersyteckich, gdzie współpracowników niewielu a widzów mało, a między tymi, którzy są, najwięcej takich, co przychodzą nie dla oceny pracownika, lecz aby wynieść dla siebie z tej areny korzyści, aby zaczerpnąć nauki od niego. To téż niejeden wielki i twórczy mąż roztacza na tej arenie bogactwa umysłu i serca przed swoimi słuchaczami, zapisuje się w pamięci i w sercach swych uczniów, a szersze koła publiczności znają go tylko z tego

echa, jakie się z Uniwersytetu do społeczeństwa przedostaje. Zdobywać laury w nauce niełatwo, a zdobywa je w skąpej wiązance, chyba ten tylko, kto ich umyślnie szuka, kto się o nie dobija, kto szuka rozgłosu swego imienia, obwieszczając światu wyniki swej pracy. I wówczas jeszcze te listki laurowe, ciężko zdobyte, kryją się w umysłach znawców, pracowników zawodowych, lub w dziełach kolegów po myśli i piórze. Praca na polu naukowem nie może się równać pod tym względem z pracą na polu społecznem, na którem często jedna myśl, jedno dzieło stworzone, czyni imię pracownika rozgłośnem. W życiu społecznem jeden wyraz uznania, jeden promień sławy, wzmaga się i potężnieje, znachodząc oddźwięk w całem społeczeństwie, które w całym swym składzie do sądu jest powołane.

Pracowników na polu spolecznem noszą współcześni na rękach i budują im za życią pomniki — pracownicy na polu naukowem, często mało znani, częściej bywają zapoznani, ustępują bez rozgłosu i uznania, a czasem dopiero potomność poczuwa się do obowiązku spłacenia długu, wobec tego, który był dobrodziejem ludzkości. Semmelweis, twórca największej myśli nowoczesnej medycyny, która stworzyła rdzenny przewrot w nauce, pchnęła ją na nowe tory, w nową erę rozwoju, zeszedł ze świata zapoznany. Dzisiaj dopiero, w 40 lat po jego wystąpieniu, wybrańcy wiedzy, zawodowi pracownicy na polu naukowem, obcy sobie zresztą zupełnie, łączą się, aby spłacić wielkiemu mężowi dług, jaki ludzkość wobec niego zaciągnęła. I mimo to nawet, dzisiaj, gdybyśmy zadali pytanie, ilu się znachodzi w ogóle mężów nauki, dla których imie Semmelweisa jest obce? Odpowiedź na to pytanie trudna i lepiej że trudna, bo smutkiemby nas przejąć musiała. To nie wina społeczeństwa, nie wina tych, którzy pracują, ale właściwość areny naukowej, na której pracują. Wobec tego też nic dziwnego, że niejeden myśliciel głęboki, niejeden mąż wielkiej nauki i pracy pozostaje ludzkości nieznany.

Ś. p. Madurowicza społeczeństwo nasze znało jako słynnego i wielce poważanego lekarza, bo jako taki z niem się

stykał i wiedziało, że był znakomitym profesorem na Wszechnicy Jagiellońskiej. Stanowisko zaś Jego, Jego działalność naukową znali tylko ci, którzy go bezpośrednio otaczali. Nie szukał On sławy dla siebie i istotnie dziwnie był na nią obojętnym i nieczułym. Bogate przymioty umysłu i serca, delikatność i tkliwość uczuć, serdeczne wylanie się wobec tych, z którymi się stykał, wysoko rozwinięte poczucie obowiązku i zamiłowanie do obranego przedmiotu, były podwalinami tego, czem był.

Wychowanie przygotowawcze odebrał bardzo staranne, a padło ono na grunt bardzo czuły, niezatarte też tego ślady pozostały do dni Jego ostatnich. Wiadomości Jego z dziedziny sztuki, literatury ojczystej i obcej były bardzo dokładne, na historyą powszechną pogląd posiadał znakomity, nauki przyrodnicze znał bardzo dobrze i śledził za ich postępem, matematykiem był nieszczególnym, ale za to języki martwe znal na wskróś, z żyjących, prócz ojczystego, władał niemieckim, francuskim i angielskim, tak dobrze w słowie, jak i piórze. Artystycznie wrażliwe posiadał ucho, lubował się w muzyce i śpiewie; sztuki piękne cenił wysoko, zdradzając wytrawnego znawcę. Jednem słowem humanitarne wykształcenie znamienite i ogromny zasób poczucia estetycznego przyniósł ze sobą na Uniwersytet.

Nauki ścisłe rozpoczął w Uniwersytecie krakowskim. Wydział lekarski ówczesny przedstawiał się bardzo skromnie, dział nauk teoretycznych był wprawdzie wcale nieźle wyposażony, ale za to część praktyczna przedstawiała się bardzo niekorzystnie. Kliniki szczupłe, nędznie urządzone, mała ilość chorych, brak ludzi na katedrach pomocniczych, brak specyalnych wykładów, wszystko razem się składało, że ówcześni profesorowie, ani sami wiele pracować, ani też wiele nauczać nie mogli. Były to natomiast czasy, gdzie w Wiedniu brzmiało rozgłośnie imie Skody, Oppolzera, Rokitanskiego i wielu innych, którzy nowe tory w nauce wskazywali. Wobec tego po dwu latach na Wszechnicy Jagiellońskiej udał się z garstką kolegów na Uniwersytet wiedeński. Nim się oddał pracy zawodowej, ściśle naukowej, zdobył sobie

wykształcenie ogólnolekarskie takie, jakie odpowiednio rozwojowi nauki ówczesnej było tylko możebne. Wiadomości te ogólnolekarskie uzupełniał później ciągle skrzętnem czytaniem czasopism lekarskich i dzieł nowych, uczestniczeniem w zjazdach naukowych w kraju i za granicą, zwiedzaniem klinik i zakładów naukowych zagranicznych, skrzętnem współpracownictwem w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem. Całe wakacye, a często i święta uniwersyteckie, przez całe lata spędzał na obcej ziemi. Jako turysta z zamiłowania, poznawał kraje obce, wszędzie jednak śledził za ruchem naukowym, zwiedzał wszelkie zakłady naukowe, odwiedzał kliniki, zapoznawał się z kierownikami, śledził za postępem nauki i przyswajał sobie wszystko, co nowe, aby, wracając ze zdobyczami do kraju, wcielić je w swoje wykłady i zastósować w swej klinice.

Jakie miał pierwotnie plany, co zamierzał czynić po ukończeniu studyów uniwersyteckich, tego nam niewiadomo, sam jednakowoż opowiadał, że na jego kierunek późniejszy wpłynął niepomiernie ś. p. Józei Dietl, który podówczas był profesorem medycyny wewnętrznej na Uniwersytecie Jagiellońskim.

Mąż wielkiego serca, twórczego umysłu, gorący patryota, który widział braki wydziału lekarskiege krakowskiego i postanowił przedewszystkiem sprowadzić do Krakowa ludzi nauki, którzyby rozpoczęte przez niego dzieło odrodzenia szkoły krakowskiej dalej prowadzić mogli. W tym celu udał się do Wiednia i zebrał kilku z wybitniejszych i chlubnie na Uniwersytecie wiedeńskim znanych lekarzy polaków, zaprosił ich do siebie, zagrzał gorącemi słowy patryotycznego uczucia do skrzętnej zawodowej pracy, obiecując im poparcie i widoki stanowisk wytycznych na Wszechnicy krakowskiej. Do grona tego przyłączyli się i inni z młodych wówczas lekarzy, a byli to ci, którzy później stali się chlubą Uniwersytetu naszego, bo dźwignęli upadający wydział lekarski w Krakowie do wysokości nauki i szkoły dzisiejszej. Z tych żyją dzisiaj i zajmują wybitne stanowiska profesorowie: Rosner, Rydel i Stopczański, a inni, jak Gi-

lewski, Biesiadecki i Piotrowski poprzedzili Madurowicza do lepszego świata.

Ś. p. Madurowicz początkowo po ukończeniu studyów uniwersyteckich pracował w klinice chirurgicznej Dumreichera, a skoro się mu nadarzyła sposobność, przeszedł na klinikę Gustawa, a później Karola Brauna.

W Wiedniu w położnictwie dokonywał się wówczas wielki przewrot, młodociany Karol Braun, śmiało powiedzieć można, twórca w znacznej części nowoczesnego położnictwa, reformator w dziedzinie operacyjnej, rozporządzający kliniką największą w świecie, przygotowywał materyały i gromadził zasoby do swego dzieła. Chętnie przyjął Madurowicza, gdyż poznał się na nim i darzył go swem zupełnem zaufaniem. Klinika położnicza wiedeńska, na której rocznie kilka tysięcy kobiet rodziło i która obok tego mieściła oddział dla chorób kobiecych, posiadała sposobny materyał nietylko do wszechstronnego zawodowego wykształcenia, ale nieoceniony do badań ścisłych, nad rozwojem nauki samej. Madurowicz oddał się klinice i nauce z młodocianym zapałem, pracował nieustannie, opuszczając mury kliniczne tylko z konieczności i spotykał się ze swymi przyjaciołmi i kolegami tylko przy obiedzie i kolacyi, gdzie koło jednego stołu gromadziła się zwykle garstka pracujących w Wiedniu rówieśników polaków.

Jak sam nieraz później mawiał, materyał naukowy kliniczny uważał jako niepodzielną własność prof. kliniki, t. j. Karola Brauna, i wszelkie spostrzeżenia, wyniki badań spisywał w protokółach, oddając je swemu przełożonemu, który wówczas właśnie dzieło swe o położnictwie wykończał. Niejedna myśl, niejedna praca Madurowicza była Braunowi pomocą i podporą w wielkich rzeczach, które tworzył. Odwdzięczał mu się też uznaniem wobec uczniów i kolegów i wypowiadał je przy każdej sposobności. Gdyśmy w lat blisko 20 przybyli do kliniki wiedeńskiej z listami ś. p. Prof. Madurowicza do Karola Brauna przywitał nas lakonicznie oświadczeniem: „Wissen Sie was? Prof. Madurowicz war mein tüchtigster Assistent“.

Madurowicz w pierwszej linii zjednał sobie w klinice wiedeńskiej sławę znakomitego dyagnosty i operatora położnika. Klinika wiedeńska roiła się wówczas obcokrajowcami różnych narodowości, którzy się do Wiednia zjeżdżali i tłumnie uczęszczali na wykłady Brauna, a powracając do domu, ze sławą jego unosili i sławę Madurowicza. W podróżach naszych po zagranicznych Uniwersytetach słyszeliśmy wielokrotnie o nim opowiadania. I tak słynął jako operator i opowiadano sobie np., że zakładał na główce płodu zawsze kleszcze tak, że po wprowadzeniu łyżek nigdy ich nie potrzebował adaptować, aby zamknąć, gdyż się same w zamku schodziły. Opowiadanie to prawdziwe, gdyż fakt ten powtarzał się w klinice krakowskiej, a każden położnik i ten z kolegów, kto się praktyką położniczą zajmuje, zrozumie doniosłość jego, świadczy bowiem o znakomitej doskonałości operacyjnej. Podobne opowiadania o różnych zabiegach operacyjnych i o świetnych rozpoznaniach słyszeliśmy wielokrotnie.

Skoro mowa o operacyi kleszczowej, to wypada nam wspomnieć, że w czasie swego pobytu w Wiedniu podał kleszcze położnicze, przeznaczone do zakładania na główce wysoko ustawionej. Kleszcze Jego nietylko wypełniły brak dobrego instrumentu do wysokich ustawień główki, ale budowa ich jest tak skończoną i znakomitą, że dzisiaj po latach 30-stu przeszło, są one instrumentem, którego wszyscy wychowankowie szkoły krakowskiej używają i śmiało powiedzieć możemy, że lepszego nie znamy. Do głównych zalet tych kleszczy należą: rozmiarami nie przewyższają o wiele kleszczy używanych w szkole wiedeńskiej do nizkich ustawień główki, daleko są mniejsze aniżeli francuskie, a mimo to są zupełnie odpowiednie i nadają się świetnie do założenia na główce wysoko ustawionej. Łyżki łączą w sobie zalety łyżek okienkowych i bezokienkowych, gdyż od strony wewnętrznej okazują okno otoczone żebrami, od strony zaś zewnętrznej są zupełnie zamknięte. Skutkiem tego nie są zbyt sprężyste, trzymają główkę silnie, a mimo to dozwalają jej dokonywania wśród operacyi zwrotów, jakie przez

kanał kostny miednicy przesuwająca się główka dokonywać musi. Operując temi kleszczami, bardzo często widzieć możemy, że po sprowadzeniu główki na dno miednicy napotykamy zwrot prawidłowy dokonany i nie potrzebujemy zmieniać ułożenia kleszczy. Wśród operacyi, wykonywanej innemi kleszczami, zwykle to się nie dzieje. Wygięcie główkowe łyżek dozwala je bardzo dobrze zastosować do sklepistości główki. Największy wymiar główkowy, przesunięty ku końcom łyżek i właściwe wygięcie miednicowe sprawiają, że główkę wysoko ustawioną bardzo dobrze niemi ująć można. Połączenie zamku angielskiego z niemieckim, pomyślane bardzo szczęśliwie, czyni, że łyżki raz zamknięte nie rozwierają się same i bardzo pewnie trzymają główkę. Operator może siłą działać na okolicę zamku i nie potrzebuje ręką silniej ujmować trzonków, a temsamem też wśród operacyi nie uciska zbytecznie główki.

Drugiem narzędziem, które podał Madurowicz, jest hak ostry do wydobywania płodu po dokonanem wypaproszeniu lub zwichnięciu kręgosłupa.

Podał też różne sposoby operowania i tak: w przypadkach położeń poprzecznych zaniedbanych, gdy płód nie żyje i istnieje wskazanie do oddzielenia tułowia od główki, polecał zamiast tego ostatniego wykonanie zwichnięcia kręgosłupa płodu za pomocą haka Brauna, poczem szyja daje się bardzo znacznie wydłużyć na długość kilkunastu centimetrów, bark płodu zstępuje niżej i można sztucznie naśladować dobrowolne wytoczenie się płodu. Korzyść z użycia tego zabiegu wielka, bo po wydobyciu tułowia wydobycie główki jest ułatwione, albowiem ta ostatnia pozostaje z tułowiem w łączności.

Jeszcze w klinice Prof. Brauna, a później w klinice krakowskiej używał balonu Karola Brauna, przeznaczonego do tamponowania pochwy, w celu rozszerzenia dolnego odcinka macicy, zakładając go do jamy tejże. Sposób ten podał coniedawno Schauta jako nowy, przeciw czemu wystąpił uczeń ś. p. Prof. Madurowicza Dr. Stanisław Braun, stwierdzając, że oddawna był w klinice krakowskiej używany.

W przypadkach położeń miednicowych, gdy szło o sprowadzenie nóżek, używał odmiennego sposobu, niż inni autorowie, gdy pępowina była zbyt napiętą, nie radził jej zwalniać przez naciąganie, jak to ogólnie inni autorowie czynią, tylko, uwzględniając możebność okręcenia jej koło szyi płodu, lub niezwykłą krótkość, radził, aby ją w razie potrzeby podwiązać i przeciąć, a następnie szybko ukończyć poród.

Obroty na nóżki, ile razy to tylko było możebne, wykonywał na obie nóżki, aby jaknajłagodniej dokonać obrotu, który się po ujęciu obu nóżek łatwiej udaje, aniżeli, gdy ujmiemy tylko jedną nóżkę.

W sprawie wypadania rączek obok główki był zdania odmiennego, niż inni autorowie, a mianowicie uczył, że można je odprowadzić w każdej wysokości kanału rodnego i stwierdzał to dowodnie. Znany był między położnikami przypadek, w którym odprowadził sterczące ze szpary sromowej obie rączki obok główki nizko stojącej. Po dokonaniu rękoczynu, główka wpierw przez czas dłuższy nieokazująca skłonności do zwrotu, zwróciła się sama i poród nastąpił dobrowolnie.

Jako położnik panował nad przedmiotem w całem tego słowa znaczeniu, jako operator położnik był istnym wirtuozem, a dziwny spokój, jaki zachowywał w najcięższych chwilach, wprawiał w zachwyt uczniów i wychowanków, którzy z uwielbieniem patrzeli w znakomitego mistrza.

W czasach jego pobytu w Wiedniu nowoczesna ginekologia była jeszcze w kolebce, a młodociany Karol Braun wielce się tej gałęzi chirurgii oddawał. I tu Madurowicz nie został w tyle, był godnym swego mistrza uczniem, pracował nad rozwojem ginekologii. Podał też zgłębnik maciczny, szczypczyki do opatrunków ginekologicznych, strzykawkę do wstrzykiwań wśródmacicznych, która dziś, po latach 30-stu, należy do najlepszych, zbudował trójgraniec do otwierania torbieli jajnikowych podczas ovariotomii i t. d. i t. d.

Szczegółów takich moglibyśmy wyliczyć dużo, które świadczą o Jego twórczości i oryginalności, niepodobna nam tego jednak czynić w pracy, która ma dać ogólny pogląd na sta-

nowisko i działalność naukową ś. p. Prof. Madurowicza. Raczej należy nam przejść do skreślenia ogólnej charakterystyki nieodżałowanego Profesora, a wzmianki powyższe o Jego oryginalnej twórczości niech posłużą za podstawę do zrozumienia tego osobliwego charakteru i typu.

We wspomnieniu pośmiertnem, drukowanem w N-rze 3-cim Przeglądu lekarskiego z b. r., zaznaczyliśmy szkicowymi rzutami główniejsze cechy i właściwości Jego charakteru, określiliśmy stanowisko Jego w stosunku do kraju, do społeczeństwa, rodziny, do uczniów i wychowanków naukowych. Do tych uwag odsełamy czytelnika, a obecnie dodamy tylko słów parę o Jego stosunku do nauki i Uniwersytetu naszego.

Przedmiot, który wykładał, znał znakomicie, do ostatnich chwil swej działalności nauczycielskiej i lekarskiej obeznany był z całą dokładnością z postępem nauki, znał najnowsze prace i zdobycze naukowe. Wszystko nowe brał bardzo krytycznie, nie zapalał się do nowości, ale badał, przetrawiał, starając się ująć w karby zasad ogólnych, których nigdy w swej działalności nie pomijał. Zasada, którą często wygłaszał, że lekarz powinien lecząc używać najpierw środków najłagodniejszych, a gdy te nie wystarczają uciekać się do więcej energicznych, sprawiała, że był w leczeniu więcej zachowawczym i jeżeli tylko mógł unikał operacyi. Nowe zabiegi operacyjne niechętnie podejmował, raz jednak koniecznością zmuszony, gdy zyskał dobre wyniki, operował potem chętnie. Powyższa też zasada była przyczyną, że w ginekologii często używał krążków, a mało wykonywał operacyj plastycznych. Macicę rakowatą wycinał niechętnie, twierdząc: że wyniki dla chorej nie bywają lepsze po tej operacyi, jak po wycięciu częściowem, bo jeżeli rak jeszcze bardzo ograniczony wystarcza wycięcie częściowe, gdy zaś daleko posunięty i całkowite wycięcie nie pomoże. W ostatnich jednak latach był już skłonniejszym do całkowitego wycinania macicy rakowatej.

W dokonywaniu operacyj ginekologicznych był operatorem wytrawnym i spokojnym, którego nic zaniepokoić, ani zastraszyć nie potrafiło. Był zwolennikiem bezwzględnej czy-

stości i o wiele pierwej niżeli w nauce przyjęto, hołdował zasadzie bezgnilnego postępowania. Idąc za prądem postępu, przyjął odrazu postępowanie przeciwgnilne, zastosowywał je z całą drobiazgowością, chociaż środków przeciwgnilnych używać wśród operacyi nie lubiał, skarżył się na nie, a do wychowanków swych naukowych mawiał często: „ten kwas karbolowy, to niepotrzebny, wy tem tylko drażnicie rany i otrzewnę, czystość, mówię wam, czystość i jeszcze raz czystość, to najważniejsze.“ W myśl tego też później postępował, wyniki miał bardzo dobre, a kierunek postępowania bezgnilnego przyjął z zapałem.

Nieraz mawiali mu uczniowie i koledzy, którzy go otaczali, dlaczego o tem co mówi, o czem naucza, co w nauce nowe i nieznane, a Jego własne, nie pisze? Odpowiadał zwykle: „ależ to nic nadzwyczajnego, a zresztą, to co wiem i umiem, to wam wszystko mówię i wszyscy to już znacie.“

Nawał pracy od rana do nocy w klinice prof. Brauna pochłaniał go w Wiedniu, nieszczęścia rodzinne w Krakowie zniechęciły go do szukania sławy dla siebie, obowiązki nauczycielskie i skrzętne śledzenie za biegiem nauki, zabierały mu tyle czasu, że i tak do pisania nie skory, nie ogłaszał swych prac i spostrzeżeń drukiem, tylko je wypowiadał swym uczniom z katedry i w pogadankach naukowych. Zato prace swych uczniów i wychowanków naukowych przeglądał nader sumiennie i drobiazgowo, robił uwagi i ślęczał nad niemi całemi godzinami. Zrzymał się, gdy widział pracę którego z uczniów drukowaną, której rękopis nie był mu przedłożony. Bibliotekę posiadał rozległą i jeżeli mu kto z Jego otoczenia napomknął, że chce w pewnym kierunku pracować, wyszukiwał skrzętnie materyał literacki i posełał mu do domu.

Profesor Madurowicz stworzył wielkie dzieło, bo stworzył szkołę położniczą krakowską, wydał szereg pracowników zawodowych, którzy pracują z korzyścią dla ludzkości, dla kraju, dla nauki, i kierują się zasadami, jakich się od Niego nauczyli, różniącemi się w wielu względach od zasad

w innych szkołach przyjętych. Jeżeli czyim teraz jest obowiązkiem, to tych uczniów przedwcześnie zgasłego Mistrza, aby w pracach swoich na każdym kroku zaznaczali zasady Jego i uwydatniali odrębność i oryginalność stworzonej przez Niego szkoły krakowskiej.

Jako nauczyciel oddany był niepodzielnie swym uczniom, klinice i chorym. Za nic nie opuścił wykładu klinicznego, ani nie pozostawił ciężko chorej w klinice dla praktyki prywatnej. Narady lekarskie odbywał tylko w chwilach wolnych od obowiązków uniwersyteckich. Wobec uczniów odznaczał się istotnie anielską cierpliwością, z którą wpajał w nich zasady nauki, uczył stawiać pierwsze kroki, wprawiał w badanie, rozpoznawanie i postępowanie kliniczne. Wiele widzieliśmy uniwersytetów i szkół, wielu widzieliśmy profesorów, ale nigdzie tak dzielnego, uczniom oddanego nauczyciela. Znali to dobrze jego asystenci, słuchając z roku na rok Jego mozolenia się z uczniami i dziwili się tej wytrwałości, której przez lat 30 dochował niezmiennie. Każdy rok szkolny poczynał z tąższamą ochotą i gorliwością, jakby coniedawno dopiero zawód swój był rozpoczął.

Materyał naukowy położniczo-ginekologiczny jest dla ucznia najmniej przystępny, Madurowicz umiał trudności pokonać i wprowadzał uczniów w naukę, której nauczanie niełatwe, bo wymaga studyów przygotowawczych, jakich zazwyczaj uczeń ze sobą do kliniki nie przynosi. To też i śmiało powiedzieć możemy, że uczniowie wychodzący z Uniwersytetu krakowskiego umieli zawsze daleko więcej i więcej byli wyćwiczeni w badaniu, rozpoznawaniu i w zwykłych zabiegach położniczo-ginekologicznych, aniżeli wyzwoleńcy jakiejkolwiek innej szkoły. Skutki z tego są wymowne, bo jeżeli przypomnimy sobie stosunki praktyki położniczej w naszym kraju przed laty 20 stu, a porównamy z dzisiejszymi, musimy przyznać znaczny zwrot ku lepszemu, a wszystkiego na karb rozwoju nauki samej brać nie można, tylko musimy przyznać wpływ szkoły, a szkołą tą był Madurowicz.

Stanowisko Jego wobec nauki polskiej i wobec Uniwersytetu zaznacza się szeregiem zasług niezaprzeczonych. Mając przed sobą świetną karyerę materyalną w Wiedniu porzucił ją, by stanąć na wezwanie ś. p. Prof. Dietla i objąć posterunek na Wszechnicy krakowskiej, do czego Go i zaprowadzenie języka polskiego jako wykładowego wielce zachęciło. Warunki, w jakich istniała przed nim klinika położnicza, nie wytrzymywały krytyki zupełnie, tak dobrze pomieszczenie i uposażenie, jak liczba łóżek dla położnic, były tak skromne, że praca z korzyścią dla nauki była niemożebną. Za Jego to staraniem powstała dzisiejsza klinika położnicza dla chorób kobiecych, której dawniej nie było.

Jeżeli się przypatrzymy, jak dzisiaj położnictwo i ginekologia w Krakowie są reprezentowane, to, jeżeli jaki zarzut możnaby zrobić, to chyba ten, że dzisiejszy budynek kliniczny nie odpowiada najskromniejszym wymaganiom dzisiejszej nauki pod względem pomieszczenia i uposażenia. Czyjaż w tem wina? Przez lat 30 robił zmarły profesor starania, aby uzyskać zakład odpowiednio urządzony, gdyż obecny mieści tylko tymczasowo klinikę, aby uzyskać bodaj baraki dla chorych, lecz wszelkie starania były daremne. W tych warunkach dziwić się istotnie należy, że na przekor niejednej potrzebie, której niestało, wyniki w klinice miał świetne, wszystko, co nauka przynosiła, było probowane i stosowane, jednem słowem klinika stała i stoi na wysokości dzisiejszej nauki.

Jeżeli rozglądniemy się dalej, to prócz profesora klinicznego, dwóch profesorów nadzwyczajnych i jeden docent wykładają naukę położnictwa, klinika posiada dwu asystentów. Istnieje pracownia dla ćwiczeń w operacyach położniczych i ginekologicznych; założono od lat kilku Towarzystwo ginekologiczne, które posiada organ ginekologiczny w niniejszym roczniku. Ci, którzy na Uniwersytecie wykładają, to Jego uczniowie, za Jego sprawą zajęli obecne stanowiska, a instytucye nowe do życia powołane nie mogły się przecież obejść bez „placet“ profesora klinicznego, nie

mogły się rozwijać bez Jego współdziałania. Wszędzie, jeżeli się lepiej rozglądnąć, spotyka się Jego myśl, Jego pracę, Jego rękę, tylko nie widać jej, gdyż się ukrywa w cieniu, bo nie chce siebie na pierwszym stawiać planie.

Ś. p. Prof. Madurowicz z zasady był cichym i milczącym, pracował dla nauki polskiej, dla Uniwersytetu, dla kraju i społeczeństwa, dla swych uczniów i wychowanków naukowych, dla rodziny i przyjaciół, tylko nie dla siebie. Do Uniwersytetu krakowskiego przybył w warunkach tak trudnych, w jakich pewno może profesor żaden na innym Uniwersytecie nie pracuje, a mimo to wzniósł przedmiot swój w Krakowie do wysokości na jakiej dzisiejsza nauka stoi.

Gdybyśmy chcieli dalej przechodzić Jego działalność i zaznaczać stosunek do asystentów, uczniów i kolegów, wszędzie znachodzimy tożsamo, wszędzie widzimy dodatnią Jego działalność, wszędzie sam na drugim planie, a wszędzie jest tym czynnikiem, który pobudza do tego, co szlachetne, co piękne, co ofiarne, co z korzyścią nauki i kraju. Nie dziw też, że uznanie i miłość uczniów sprawiły Mu w 25-letnim jubileuszu niebywałą serdeczną biesiadę — nie dziw, że po nim wszyscy, którzy z nim w styczności byli, w żalu szczerym pogrążeni. Następca Jego trudne będzie miał zadanie.

Ś. p. Maurycy Jelita Madurowicz, urodzony w r. 1831 dnia 16 września w Kołomyi, był synem Walentego i Józefy z Hamplów. Pierwsze nauki i gimnazyum ukończył we Lwowie. Przez dwa lata uczęszczał do Uniwersytetu w Krakowie, później w Wiedniu, gdzie otrzymał dyplom doktora medycyny w r. 1855, a w roku 1856 dyplomy doktora chirurgii i magistra położnictwa, gdzie też przez 6 lat pełnił obowiązki asystenta klinicznego. Jako docent położnictwa i ginekologii habilitował się w Krakowie w r. 1862 w grudniu. W październiku r. 1863, po ustąpieniu prof. Kwaśniewskiego, został mianowany profesorem zwyczajnym i równocześnie

objął obowiązki prymaryusza oddziału III-go szpitala Śgo Łazarza.

W roku szkolnym 1867/8 wybrano go dziekanem Wydziału lekarskiego, w roku 1878/9 ponownie, a w r. 1880/1 został z wyboru Rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego. W latach 1875/6 i 1882/3 był komisarzem rządowym przy egzaminach ścisłych lekarskich. Od roku 1858 był członkiem Tow. lekarskiego wiedeńskiego; od roku 1864 członkiem Tow. naukowego w Krakowie; w roku 1865 wybrany został członkiem Tow. lek. warszawskiego; w r. 1866 członkiem nowopowstałego Tow. lek. krakowskiego, którego prezesem był w roku 1868, a w roku 1887 został mianowany członkiem honorowym; od roku 1870 był członkiem Tow. lekarzy bukowińskich, a nadto członkiem honorowym Tow. lekarzy galicyjskich. W roku 1887 otrzymał order Korony Żelaznej III kl., a od roku 1889 był członkiem i prezesem Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego. Przez lat kilka po założeniu i obecnie od lat kilkunastu był członkiem Komisyi redakcyjnej Przeglądu lekarskiego.

Drukiem ogłosił:

Umwandlung einer Gesichtslage in eine Beckenendlage unter dem Gebrauche der Kolpeuryse. — Allgemeine Ergebnisse an der geburtshülflichen Klinik des prof. C. Braun im J. 1858. — Ergebnisse an der geburtshülflichen Klinik v. J. 1859. — Ergebnisse an der geburtshülflichen Klinik im J. 1860 sammt Kasuistik. — Lebercirrhose, Varices des Oesophagus, tödtliche Blutung aus denselben bei Gebärenden. — Powstanie i rozpoznanie przepukliny krwawej (praca habilitacyjna). O przebiegu i leczeniu przepukliny krwawej. — Przypadek sądowo położniczy. — Miednica ścieśniona, niepomiarowa skutkiem zniekształcenia kręgów lędźwiowych. — Niektóre uwagi nad zaśniadem groniastym. — Kilka słów o przypadku ciąży zamacicznej brzusznej. — Przypadek wypadnięcia łożyska. — Cięcie cesarskie na kobiecie żywej. — Śmierć noworodka z zadzierzgnięcia pępowiny około szyi. — Wyparcie kawałka martwego pęcherza po odprowadzeniu odchylonej macicy ciężarnej. — Ausstossung eines necroti-

schen Stückes Harnblase nach Reposition einer retrovertirten schwangeren Gebärmutter.

Zeszłego roku w wakacye zapadł ciężko na zdrowiu i ciężką chorobą złożony zmarł dnia 12-go stycznia 1894 r. w Krakowie.

Kraków w kwietniu 1894.

Prof. Mars.

XXXVIII. Posiedzenie (administracyjne) z d. 31 stycznia 1893 r.

Przewodniczący Prof. Dr. M ą d u r o w i c z. Obecnych członków 12.

Porządek dzienny:

I. Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia.

II. Członkowie Wydziału składali sprawozdania roczne w następującym porządku:

1) Kol. B r a u n, jako sekretarz naukowy, podaje, że rok 1892 zaznaczył się bardzo korzystnie w rozwoju Towarzystwa, bo nietylko zyskało ono większą liczbę członków, tak czynnych, jak i korespondentów, ale i zainteresowanie się członków sprawami naukowemi Towarzystwa było żywsze i większe, niż w dwóch latach poprzednich. Wystarczy wspomnieć, że w minionym roku odbyło Towarzystwo 13 posiedzeń, z których 12 było ściśle naukowych, a jedno administracyjne; podczas gdy w roku 1891 było 8 posiedzeń w ciągu całego roku, z tego 7 naukowych, a jedno administracyjne. Przejrzawszy nadto szereg ciekawych odczytów i toczących się nad nimi dyskusyi, można śmiało powiedzieć, że Towarzystwo coraz więcej się rozwija i będzie się rozwijało nadal ku pożytkowi nauki i członków Towarzystwa, jeżeli ci ostatni zechcą i nadal popierać gorliwie jego działalność.

Odczyty wygłosili następujący koledzy:

1) Kol. J o r d a n: „Uwagi nad postępowaniem lekarza w przypadkach łożyska przodującego“.

2) Kol. C e r c h a: „O tyłopochyleniu i tyłozgięciu macicy ciężarnej“.

3) Kol. H a r a j e w i c z: a) „Poronienie przewlekłe, leczone elektrycznością, metodą Apostoli'ego“.

b) „O leczeniu rozmiękczenia kości u położnic przez wytrzebienie“.

4) Kol. Kośmiński: a) „Przypadek uwięźnięcia macicy ciężarnej z następowemi zmianami w pęcherzu“.

b) „Przypadek uwięźnięcia łożyska i wydobycie tegoż z następowem rozwinięciem się zapalenia posokowatego błony śluzowej macicy“.

c) „Przypadek znacznego obrażenia części rodnych zewnętrznych u ciężarnej“.

5) Kol. Mars: a) „Poród u osoby z wadą serca“.

b) „*Endometritis tuberoso-polyposa*“.

6) Kol. Rosner: a) „Włókniaki macicy i ciąża“.

b) „Przypadek cięcia cesarskiego z powodu guza miednicy“.

Przedstawiali chore i okazy anatomiczne:

1) Kol. Browicz: a) preparat, gdzie trąbka lewa była zrośnięta z macicą, a mniej więcej w połowie długości prawej trąbki było ścieńczenie i zarośnięcie światła tejże;

b) preparat pęcherza moczowego zmieniony z powodu uwięźnięcia macicy ciężarnej;

c) preparat, gdzie z powodu *endometritis purulenta* w dnie macicy, wytworzyła się fragmentacya mięśnia sercowego.

2) Kol. Cercha: a) chorą, u której z powodu rozmiękczenia kości dokonano z pomyślnym skutkiem wytrzebienia;

b) preparat macicy i pęcherza moczowego, w którym za życia oddzieliła się warstwa środkowa od zewnętrznej z powodu uwięźnięcia macicy ciężarnej.

3) Kol. Kośmiński: chorą, u której po znacznych skaleczeniach części rodnych zewnętrznych, dokonano z pomyślnym wynikiem zabiegu plastycznego na międzykroczu.

4) Kol. Mars: preparat *endometritis tuberoso-polyposa* u ciężarnej.

5) Kol. Obaliński: preparat torbielaka jajnikowego powikłanego gruźlicą otrzewny i *pyosalpinx* obustronnym.

6) Kol. Rosner: kobietę ciężarną ze słoniowacizną łechtaczki.

7) Kol. Rydygier: macicę dotkniętą rakiem części pochwowej i równocześnie włókniakiem dna macicy; macicę wydobyto przez laparotomią.

8) Kol. Wiśniewski: dziewczynkę ośmiomiesięczną, u której obok zrośnięcia warg mniejszych, jest zarośnięcie pochwy.

Na jednem z posiedzeń naukowych rozstrząsano niektóre kwestye sporne z zakresu położnictwa, w celu uwzględnienia takowych w nowem wydaniu podręcznika dla położnych Prof. Dra Jordana.

Między sprawami administracyjnemi poruszono kwestyę składek na pomnik dla ś. p. Prof. Karola Brauna i Semmelweissa, nadto sprawę zjazdu międzynarodowego lekarskiego w Rzymie.

2) Kol. Mars, jako sekretarz administracyjny, wykazuje, że wydano rocznik Towarzystwa za rok 1891 i takowy rozesłano redakcyom wszystkich dzienników lekarskich polskich i członkom Towarzystwa. Liczba członków czynnych wynosiła 21, a członków korespondentów 9.

3) Kol. Kohn, jako podskarbi, złożył sprawozdanie z majątku Towarzystwa i stawia wniosek, aby Towarzystwo odpisało zaległe wkładki trzem byłym członkom Towarzystwa.

W dyskusyi nad tym wnioskiem zabrali głos:

Kol. Mars jest za odpisaniem tylko pewnej części sumy i radzi, aby kol. podskarbi częściej przypominał członkom obowiązek regularnego płacenia wkładek.

Kol. Braun przypomina ustawę, że członek, który zalega rok z wkładką, przestaje tem samem być członkiem Towarzystwa, dlatego nie można od wymienionych kolegów ściągać więcej, jak tylko zaległości za jeden rok.

Kol. Przewodniczący dodaje, że według § 39 statutu Towarzystwa, już po pół roku niezapłacenia wkładek przestaje członek należeć do Towarzystwa.

Kol. Rosner przemawia, że należy wszystkim powyższym kolegom odpisać zaległości, na co się zebrani koledzy zgadzają.

4) Kol. Przewodniczący zawiadamia o przedwczesnym zgonie ś. p. Dra Kazimierza Godlewskiego, członka korespondenta i wzywa obecnych, aby cieniom zmarłego kolegi oddali cześć przez powstanie.

Na rok bieżący wybrano przez aklamacyę:

1) przewodniczącym Prof. Dra M. Madurowicza;
2) zastępcą przewodniczącego Prof. Dra Jordana;
3) sekretarzem administracyjnym Prof. Dra A. Marsa;
4) sekretarzom naukowym Doc. Dra St. Brauna;
5) podskarbim Dra M. Kohna.

5) Kol. Mars i Cercha proponują Dra Nowaka na członka czynnego, a Dra Misiewicza z Łodzi na członka korespondenta Towarzystwa.

6) Na wniosek kol. Marsa wyrażono kol. Nowakowi podziękowanie za prowadzenie dotychczasowe protokółu podczas posiedzeń Towarzystwa.

7) Kol. Braun stawia wniosek, aby za przykładem innych Towarzystw ginekologicznych umieszczać w „Centralblatt für Gynäkologie“ krótkie sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa.

W dyskusyi nad tym wnioskiem zabiera głos:

Kol. Kohn wnosi, aby przesłać także roczniki z poprzednich lat Redakcyi pisma „Centralblatt für Gynäkologie".

Kol. Przewodniczący radzi posełać sprawozdanie do „Przeglądu Lekarskiego", skąd może „Centralblatt" przedrukować.

Kol. Mars jest za wnioskiem kol. Brauna, bo przez to mogą prace członków Towarzystwa przejść do literatury zagranicznej.

Kol. Cercha jest też za wnioskiem i radzi posyłać sprawozdanie treściwe.

Wniosek kol. Brauna przyjęto z poprawką kol. Kohna, aby raz na miesiąc posyłano sprawozdanie.

8) Kol. Mars zawiadamia, że zawiązało się kółko literackie, mające na celu wzajemne zapoznawanie się z pracami nowszemi z dziedziny ginekologii zapomocą sprawozdań robionych przez członków z prac naukowych literatury nowszej. Na pierwszém posiedzeniu tego kółka wnieśli kol. Przewodniczący i kol. Jordan, aby kółko przyłączyć do Towarzystwa ginekologicznego, w którém odbywałyby się posiedzenia zwykle naukowe i literackie. Na posiedzeniach literackich odczytywanoby referaty z bieżącej literatury, ale bez następującej dyskusyi.

Kol. Przewodniczący jest zdania, że dyskusya pewna nad referatami kwalifikującemi się do „Przeglądu Lekarskiego" odbywać się powinna.

Kol. Zoll wnosi, aby kółko, jako takie, wcielić do Towarzystwa.

Kol. Rosner zaznacza, że prawnie kółko nie może być, jako takie, przyłączone do Towarzystwa.

Postanowiono, aby w miejsce odrębnego kółka, Towarzystwo odbywało posiedzenia naukowe i literackie.

Na wniosek kol. Przewodniczącego wybrano komisyę złożoną z kol. Marsa, Cerchy i Rosnera, która ma ułożyć program, jak i kiedy się mają podobne posiedzenia odbywać.

9) Na wniosek kol. Rosnera wypłacono służącemu z pracowni Prof. Marsa kwotę 3 złr., jako wynagrodzenie za usługi podczas posiedzeń Towarzystwa.

XXXIX. Posiedzenie z dnia 14 lutego 1893 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 14.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Julian Nowak i Kol. Misiewicz z Łodzi wybrani jednogłośnie członkami Towarzystwa, pierwszy czynnym, drugi korespondentem.

3) Kol. Przewodniczący wzywa kol. Sekretarza naukowego, aby przesłał sprawozdanie roczne do „Przeglądu lekarskiego“, a zarazem roczniki z 2-ch lat poprzednich i sprawozdanie roczne z r. 1892 do dziennika „Centralblatt für Gynäkologie“.

4) Na powyższe wezwanie Kol. Przewodniczącego wyjaśnia Kol. Braun, że rocznik Towarzystwa za rok 1892 jest już przygotowany do druku, a zwłokę wydawnictwa tłómaczy okoliczność, że z powodu odłożenia dyskusyi nad odczytem kol. Jordana musiano poczynić pewne zmiany w rękopisie.

5) Kol. Cercha przedstawił chorą, u której z powodu raka części pochwowej i szyjki macicznej wykonano wycięcie macicy przez pochwę, przyczem zwraca uwagę, że w ostatnich dniach zjawiły się aż 4 przypadki raka macicy nadające się do wyłuszczenia, czego dotąd nie bywało.

Historya chorej przedstawionej jest następująca:

Liczy lat 46, rodziła kilka razy, w styczniu b. r. zgłosiła się do kliniki z objawami, jakie zazwyczaj towarzyszą nowotworom złośliwym. Badanie wykazało rzeczywiście raka części pochwowej, sklepienia pochwowe wolne, lewy wiąz nieco zgrubiały. Przy tej sposobności skreślił pokrótce sposób przygotowania i operowania używany w klinice Prof. Dra Madurowicza.

Kilka dni przed zabiegiem stosuje się co dnia przestrzykiwanie pochwy środkami przeciwgnilnemi, a jeżeli nowotwór wybujał w guz grzybowaty, wtedy usuwa się guz przez wyskrobanie i przyżeganie. Jeżeli macica jest dużą, natenczas wprowadza się zgłębnik dla przekonania, czy niema w jamie macicy płynu ropnego (*pyometra*); jeżeli po wyjęciu zgłębnika pokazuje się kilka kropli płynu, przepłukuje się jamę macicy zapomocą cewnika macicznego Bozemanna-Fritscha. Wśród operacyi zakłada się na część pochwową 3 silne podwiązki jedwabne długie i ściąga się macicę, o ile się da ku dołowi. Po odsłonięciu pola operacyjnego zapomocą wziernika Martina, okrawa się dokoła część pochwową i otwiera jamę Dunglesa. Następnie wprowadza się cewnik do pęcherza moczowego i ściągnąwszy część pochwową na dół i ku tyłowi oddziela się szyjkę zapomocą palca lub nożyczek od pęcherza. Po dojściu do zatoki pęcherzowo-macicznej przecina się fałd otrzewny. Następnie zaczyna się podwięzywanie więzadeł bocznych i to najpierw po prawej, a potem po lewej stronie. Podwiązki zakłada się pojedynczo, t. j. od strony więzadła i pomimo, że od macicy podwiązek niema, nie zauważono w operowanych dotąd przypadkach mocniejszego krwawienia. Zwykle 4 do 5 podwiązek wystarczało, aby dojść do trąbek. Po uwolnieniu macicy po stronie prawej, możemy ją bardzo łatwo wy-

toczyć przed szparę sromową, nie zwracając części pochwowej do jamy brzusznej. Podwiązanie lewego więzadła nie sprawia żadnych trudności. Zwykle jajniki zostawia się, bo podwiązki zakłada się tuż przy macicy. Po usunięciu macicy zakłada się do otworu powstałego strzępek gazy jodoformowej i to niezbyt wysoko, a następnie opatrunek na zewnątrz, t. j. opaskę w kształcie litery *T*. Prof. Madurowicz nie używa drenu, ani nie zeszywa brzegów rany. Leczenie pooperacyjne polega na stosowaniu okładów lodowych, podawaniu makowca, odprowadzaniu moczu.

Ten przypadek przeszedł bez zaburzeń, około dziesiątego dnia zeszły podwiązki po stronie lewej z częścią kikuta, a w kilka dni potem po stronie prawej. Rana w pochwie szybko się zagoiła. Zwyczajnie, pomimo ścisłego postępowania przeciwgnilnego, jest pewnego rodzaju cuchnienie, pochodzące prawdopodobnie od obumarcia i rozkładu kikutów, a że *peritoneum* zlepia się już po 24 godzinach, odczynu żadnego nie zauważono.

Prof. Madurowicz tylko wtedy używa operacyi wyłuszczenia macicy przez pochwę, jeżeli jest pewny, że nowotwór zajmuje tylko samą macicę. Jeżeli gruczoły są powiększone, lub sklepienia naciekłe, wtedy stara się chorej ulżyć w cierpieniu przez mniejsze zabiegi operacyjne. W przypadkach zaś, gdzie nowotwór zajmuje tylko małą cząstkę szyi lub części pochwowej, wtedy odcina tę ostatnią, lub robi wysokie klinowate wycięcie szyjki. W ten sposób postępując, nie pozbawia się kobiety organu, który jeszcze może spełniać swoje zadanię, choć zdaniem prelegenta, w danym przypadku macica spełniła aż nadto swoje zadanie fizyologiczne, kobieta ta bowiem rodziła dotąd 6 razy.

Wreszcie tłómaczy sobie Kol. Cercha pojawienie się naraz 4 przypadków raka macicy, nadających się do wyłuszczenia, tą okolicznością, że lekarze praktyczni, zachęceni dobremi wynikami, przysyłają chore wcześniej i nie probują środków usuwających, lub zmniejszających na razie objawy towarzyszące nowotworom złośliwym.

Kol. R y d y g i e r. Dlaczego Panowie najpierw prawe więzadło podwiązujecie, a potem lewe, tego nie pojmuje; bo przecież dogodniej podwiązać najpierw lewe — zdaje się, że to zależy od tego, co komu poręczniej. Co do zeszywania rany w sklepieniach nadmienia, że dawniej nie zeszywał otworu pooperacyjnego, lecz kiedy później w jednym przypadku pętle jelita znacznie się obniżyły, a wskutek zrostów między niemi a raną operacyjną, wytworzyło się zagięcie jelita z następową niedrożnością wewnętrzną, wskutek czego chora zmarła, od tego czasu łączy brzegi otrzewny w środku, a z boków powstają otwory

dla nitek. Chroni to chorą od niebezpieczeństwa, bo się otrzewna zrasta w ciągu jednej doby, a założenie tych szwów jest bardzo łatwe. Cuchnienie opatrunku pochodzi od obumarcia kikutu, chociaż to nie ma znaczenia, bo otrzewna w tym czasie jest już zrośnięta.

Kol. Madurowicz na uwagę kol. Rydygiera oświadcza, że dla ginekologa, który jest położnikiem zarazem, jest wszystko jedno z której strony zacznie operować, bo winien władać tak dobrze prawą, jak i lewą ręką. Gdyby przy końcu operacyi, oczyszczając pochwę, zauważył obniżenie się jelit, toby założył szew, ale tego w operowanych w swojej klinice przypadkach nie zauważył.

Kol. Mars zapytuje, jak Prof. Rydygier szyje, czy tylko samą otrzewnę, czy razem z pochwą, bo Martin obrębia brzegi rany i ściągnąwszy kapciuszkowato, zacieśnia tym sposobem otwór.

Martin w ogóle inaczej podwiązuje sklepienia i więzy szerokie, gdyż każdą podwiązkę zakłada wkłuwając igłę przez sklepienie pochwowe boczne, ujmuje nią część więzu szerokiego i wykłuwa znów w ścianie pochwy tak, iż kikut jest przymocowany do zewnętrznej powierzchni pochwy, przez co wszystkie podwiązki ma razem, a kikut nie cofa się do góry. Co do cuchnienia i ropienia, to nie odnosi tego kol. Mars do obumarcia szypuły, boć przecież w jamie brzusznej także podwiązujemy, a przecież nie przychodzi do ropienia i cuchnienia. Przyczyny szukać należy w samej pochwie, a ta, jak wiemy, jest ogniskiem istot chorobotwórczych. Wszak tampon zostawiony na 2 dni w pochwie cuchnie przeraźliwie.

Kol. Rydygier. Szyję tylko otrzewnę. Co do metody Martina, to przez takie przyszywanie każdej podwiązki do ścian pochwy musi się zmniejszyć pole operacyjne, a tem samem utrudnia się operacyę. Może Martinowi to nie przeszkadza, ale on często pozwala sobie na rzeczy, których nikt nie robi. Jajniki biorę zawsze razem, choć nie wiem, czy to jest tak bardzo ważne. Wczoraj operowałem przypadek, gdzie guz rakowaty wielkości mojej pięści musiał być pętlą galwanokaustyczną najpierw odcięty, aby się można było dostać do macicy, a ponieważ był naciek lewego sklepienia, zacząłem więc podwiązywać prawe więzadło najpierw, mimo to, wnet przeszedłem do podwiązywania lewego, co dla mnie jest dogodniejszem.

Kol. Obaliński. Co do uwagi kol. Cerchy, dlaczego w ostatnim czasie zgłasza się więcej chorych wcześnie do operacyi, to pochodzi ztąd, że lekarze czytają dobrą statystykę operacyjną i dowiadują się, że to jest ciężkiem przewinieniem za-

późno przysyłać do operacyi. Takie publikacye wpływają bardzo korzystnie na ogół lekarzy.

Co się tyczy zeszywania rany, to chociaż nie uważał rzeczy tej za konieczną, zeszywał zawsze otrzewnę, gdy zaś dziś przeważnie, i to poważni operatorowie nie zeszywają, i on od zeszywania rany odstąpił. Sądzi, że wypełnienie jamy gazą jodoformową jest wystarczające, bo drażni i pobudza otrzewnę do zrostów i podtrzymuje jelita. Tampon z gazy zwykle jest brudny w dole, a w górze nie cuchnie. Ten rozkład odbywa się zapewne w dolnej połowie pochwy. Co do podwiązania, to jest dogodniej podwięzywać po stronie lewej. W ostatnich czasach otwiera również odrazu jamę Douglasa, jak Martin i to ułatwia znacznie operacyę. Jeżeli macica jest duża, to mogą być trudności w wytaczaniu macicy na zewnątrz i może zajść potrzeba ukończenia operacyi według Freunda, t. j. trzeba otworzyć jamę brzuszną i do reszty podwiązać więzy, co w jednym przypadku tak bardzo ułatwiło mu operacyę.

Kol. M a r s. Kikuty dają się łatwo ściągnąć ku dołowi po wyjęciu macicy. Obecność macicy utrudnia bezwątpienia dojście do trąbek, które bardzo łatwo dosięgnąć można, gdy się macicę usunie.

Kol. R o s n e r sądzi, że cuchnienie przecież pochodzi z kikuta, bo w przypadku kol. Cerchy wyszedł z nitkami kawał bardzo cuchnącego kikuta.

Kol. M a d u r o w i c z. Nie jest to cechą postępu utrudniać sobie metody. Ja zawsze chcę robić metodą najprostszą, dlatego nie robiłbym tak, jak Martin, tembardziej, że położenie resztek części dodatkowych ma być naturalném, a zatem nie należy ściągać kikutów do pochwy. Wszywanie utrudnia tylko zabieg.

Kol. B r a u n. Jeden przypadek raka szyjki macicznej, który operował przed 14-tu miesiącami, dowodzi, że rozpoznanie raka szyjki w samym początku niezawsze jest bardzo łatwe. Dlatego chce przytoczyć pokrótce historyę tego przypadku.

Wezwany został do kobiety dotąd zupełnie zdrowej, u której nagle wystąpił silny krwotok maciczny. Kobieta, około 45 lat licząca, nie przedstawiała nic szczególniejszego. Macicę znalazł niepowiększoną, prawidłowo położoną. Błona śluzowa i miąsz części pochwowej były bez zmian; w przewodzie szyjki, jak wysoko koniec palca wprowadzić mógł, znalazł zupełnie gładkie ściany. Rozpoznał krwotok klimakteryczny. Gdy atoli środki stósowane nie prowadziły do celu, podejrzywał, ażali ta kobieta, będąca w latach, w których się nowotwory najczęściej zdarzają, nie cierpi na raka macicy we wczesnym okresie. Gdy dla przekonania się wydobył łyżeczką z przedniej ściany szyjki masę,

która się okazała nowotworem, wykonał całkowite wyłuszczenie macicy, według sposobu zwykłego, z wynikiem pomyślnym. Chora bowiem wkrótce bez najmniejszych zaburzeń wyzdrowiała i dzisiaj cieszy się jaknajlepszém zdrowiem, a w miejscu macicy pozostała cienka przesuwalna blizna.

Oglądanie preparatu macicy wykazało, że nowotwór wychodził z przedniej ściany górnéj połowy szyjki, drążył prawie do ściany pęcherza, a ku górze przechodził przez ujście wewnętrzne do trzonu macicy. Takie wykazanie nowotworu w samym zawiązku nie jest łatwém i nie zawsze się udaje; z tego powodu nie śmiałby odtąd czynić zarzutu lekarzom praktycznym, jeżeli jaki wypadek trochę zaniedbają, bo i on, gdyby się był trzymał pierwszego rozpoznania krwotoku klimakterycznego — do czego były wszystkie dane — możeby się był stał winnym mimowoli zaniedbania przypadku, zwłaszcza, że niewiele brakowało, a byłby nowotwór przeszedł na pęcherz.

Kol. O b a l i ń s k i. Nikt nie robi zarzutów lekarzom, tylko mówiłem, że się pojawiają artykuły z kliniki Schroedera, które piętnują niewłaściwe postępowanie lekarza, który tak przed sobą, jak i przed chorą, zakrywa właściwą prawdę. Zresztą przypadek kol. Brauna służy tylko za naukę, że we wszystkich przypadkach wątpliwych winni lekarze odsyłać chore do specyalistów, bo wtedy będzie mniej zaniedbanych przypadków raka macicy.

Kol. R o s n e r. W sprawie wyjmowania jajników sądzi, że lepiej, tak jak kol. Rydygier, wyjmować jajniki, bo są one niepotrzebne po wyjęciu macicy, a mogą wywoływać zmiany patologiczne, jak torbiele, albo wrośnięte w bliznę, mogą wywoływać nerwobóle.

Kol. B r a u n. Na zapytanie Kol. Marsa dodaje, że był to rak miękі (*carcinoma medullare*).

Kol. M a r s. W każdym razie przypadek podany przez kol. Brauna jest bardzo ciekawy i niezaprzeczenie rzadki ze względu na jego umiejscowienie. Co się tyczy zapatrywań kol. B. na praktykę, to się nie zgadza i jest przekonania, że w największej liczbie przypadków rak może być zawczasu rozpoznany.

O ile wiemy, rak powstaje najczęściej z gruczolaka (*adenoma*), tak, że nieraz mamy na tym samym okazie po jednej stronie typowy gruczolak, a po drugiej raka. Takie zmienianie się gruczolaka na raka trwa zawsze dość długo, jak to wnoszę z 2 przypadków, gdzie chora z adenoma żyła 20 lat i później po wyjęciu przez Prof. Mikulicza macicy z powodu *adeno-carcinoma* zmarła, a w drugim przypadku, gdzie prof. Rydygier wykonał z pomyślnym wynikiem wyłuszczenie macicy całkowite, trwały z powodu *adenoma uteri destruens* krwotoki maciczne 5 lat.

Kol. Obaliński. Co do jajników, to u osób młodych trzeba je wyjąć, bo mogą sprawiać dolegliwości.

Kol. Przewodniczący. Jajniki można zostawić, bo takowe nie będą sprawiały dolegliwości, gdyż z chwilą wyjęcia macicy ulegają zanikowi.

Kol. Rydygier. Poparłbym twierdzenie kol. Rosnera tém, że w jednym przypadku raka części pochwowej widziałem nowotwór w jajniku.

Kol. Mars. Jajniki uważają autorowie za organ bardzo ważny i wpływający w wysokim stopniu na system nerwowy niewiasty, z tego powodu wycięcie jajników nie jest obojętném i w przypadkach, w których to nie jest koniecznćm, wycinać ich nie należy.

Kol. Rydygier przedstawił na rysunku przypadek, gdzie z powodu raka łechtaczki, dolnej części cewki moczowęj i przedniej ściany pochwy, wyciął łechtaczkę, cewkę moczową, przednią ścianę pochwy z wargami mniejszemi, wskutek czego wytworzyła się duża przetoka moczowa, dla zamknięcia której radzi Roser zaszyć z przodu srom i wypuszczać mocz przez sztucznie zrobioną przetokę odbytnicowo-pochwową.

Gdy atoli przez ten otwór przedostaje się kał do pęcherza i drażni go, wpadł prof. Rydygier na myśl, aby utworzyć nad tym otworem zastawkę, którąby się otwierała do odbytnicy, a zamykała otwór od odbytnicy w stronę pochwy. W tym celu wyciął na tylnej ścianie pochwy, blisko sklepienia, płat trójkątny, którego podstawa jest zwrócona do góry, a wierzchołek ku dołowi, a zepchnąwszy ten języczek trójkątny do odbytnicy, zaszył dolną połowę ubytku w tylnej ścianie pochwy, w górnej połowie pozostał niewielki otwór. Mocz odpływać może przez ten otwór po owej języczkowej zastawce do odbytnicy, a owa zastawka zamyka otwór podczas przechodzenia kału od strony odbytnicy. Gdy zaś jeden szew puścił, powiększył się otwór prowadzący do odbytnicy o tyle, że owa mięsna zastawka zaczęła niedomagać, t. j. przechodziła przez otwór do pochwy. Dlatego należałoby otwór zrobić jeszcze mniejszy, aby tej ewentualności zupełnie zapobiedz.

XL. Posiedzenie z dnia 8 marca 1893 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 12.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Przewodniczący odczytuje pismo Komitetu wykonawczego, zawiązanego w Peszcie w celu budowy pomnika

dla ś. p. Semmelweissa, zapraszające do wzięcia udziału w zbieraniu składek na pomnik.

3) Kol. Przewodniczący przypomina, że była wybrana komisya, złożona z kol. Marsa, Cerchy i Rosnera, która miała ułożyć regulamin komisyi stałej literackiej Towarzystwa. Wobec tego, że kol. Marsa niema na posiedzeniu, podnosi Przewodniczący główne punkta z tego regulaminu i zapytuje Towarzystwo ginekologiczne, czy zgadza się na włączenie tej komisyi jako stałej do Towarzystwa?

Zgodzono się jednogłośnie.

4) Kol. Rosner przedstawił ciężarną w ostatnim miesiącu ciąży, u której obok powiększonej macicy znajduje się po stronie lewej guz wielkości główki, o powierzchni gładkiej, niebolesny, ruchomy, z rogiem macicy zapomocą szypuły połączony — prawdopodobnie torbiel (*cystis ovarii*).

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Przewodniczący. W tym przypadku nie robi ovariotomii przed porodem, bo ciężarna niema dolegliwości, a guz wysoko położony nie będzie stanowił podczas porodu przeszkody, a gdyby się nawet obsunął, to można go będzie odprowadzić nad wchód miednicy do jamy brzusznej, lub w ostateczności pomniejszyć. W każdym razie odprowadzenie jest lepsze, jeżeli go można dokonać, aniżeli pomniejszenie.

Kol. Braun. Że ten guz nie sprawia ciężarnej dolegliwości należy przypisać temu, że nie jest bardzo ruchomy; znać osadzony jest na krótkiej szypule. Skręcenie szypuły torbielaka u ciężarnych jest niebezpiecznem powikłaniem, któremu towarzyszą ciężkie następstwa. Występuje jednak wtedy, kiedy szypuła torbielaka jest długa.

Kol. Rosner. Nie można wiedzieć, czy szypuła jest krótka, czy długa; jeżeli guz mało się rusza, to przedewszystkiem dlatego, że niema obok ciężarnej macicy miejsca.

5) Kol. Kośmiński odczytał artykuł kol. Harajewicza pod tytułem:

„O jednym przypadku cięcia łonowego“.

Dnia 4 sierpnia 1892 r. przyjętą została do odziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie A. L., wyrobnica, lat 25 licząca, z Krakowa, rodząca po raz drugi.

Pierwszy poród odbył się w tym samym zakładzie dnia 18 marca 1891 r. Wówczas, z powodu ścieśnienia miednicy II stopnia, musiałem wymóżdżyć i zmiażdżyć główkę płodu obumarłego, donoszonego i dobrze rozwiniętego, w położe-

niu czaszkowém drugiem. Matka przebyła prawidłowy połóg i opuściła szpital zupełnie zdrowa d. 27 marca, t. j. w 10 dni po operacyi.

Ostatnia regularność pojawiła się w listopadzie 1891 r.

Rodząca, wzrostu małego, około 145 ctm., nie przedstawia żadnych wybitnych zboczeń w układzie kostnym, wskazujących na przebycie krzywicy. Stan ogólny zupełnie dobry.

Miejscowo okazuje się: brzuch wzdęty przez macicę ciężarną w 10 miesiącu księżycowym, sięgającą dnem do wyrostka mieczykowatego. Płód w położeniu czaszkowém pierwszém. Tętno płodu prawidłowe, 120 uderzeń na minutę, dobrze słyszalne, główka przyparta do wchodu. Bóle częste i mocne rozpoczęły się na 8 godzin przed przybyciem do szpitala.

Wymiary miednicy następujące: odstęp kolców 19, od. grzebieni 21, od. krętaczy 28, wymiar prosty zewnętrzny 17, wymiar pr. ukośny $9^1/_2$, wymiar pr. prawdziwy $7^1/_2$ do $7^3/_4$ centym.

Badanie wewnętrzne wykazało: część pochwowa zanikła, ujście zewn. zupełnie rozwarte, pęcherz płodowy pęknięty. Czasu, w którym wody odeszły, rodząca oznaczyć nie umie.

Główka płodu, przyparta małym odcinkiem do wchodu miednicy, zwrócona ciemieniem wielkiem ku stronie prawej. Ciemię to wysoko i ku tyłowi zwrócone, trudno daje się wymacać. Szew strzałkowy przebiega poprzecznie i bliżej kości krzyżowej. Kości czaszki twarde, niepodatne, szwy bardzo wązkie. Przy silniejszym nacisku palca badającego główka ustępuje.

Wzgórek kości krzyżowej daje się łatwo dosięgnąć, a cała miednica przedstawia obraz ogólnie ścieśnionej i płaskiej.

Po wspólném zbadaniu rodzącej z kol. Kośmińskim, sekundaryuszem oddziału, który zastępywał nieobecnego prof. Madurowicza, postanowiliśmy zaczekać jeszcze trochę, w nadziei, że silne bóle, często się powtarzające, może zdołają główkę ustalić. Gdy jednak po dwugodzinném czekaniu główka

ani się nie obniżyła, ani też nie ustaliła, a wśród energicznej i bezowocnej pracy macicy, znaleźliśmy ją obkurczoną koło płodu i wyraźny pierścień skurczowy na 3 palce nad spojeniem łonowém, postanowiliśmy bezzwłocznie przystąpić do rozwiązania rodzącej. Wobec wyżej wymienionych okoliczności nie mogliśmy czekać, aż płód obumrze i tak dopiero wymóżdżyć go i wydobyć; pozostawało więc do wyboru, albo cięcie cesarskie, albo łonowe. Że zaś do cięcia cesarskiego brakło stanowczych wskazań, zdecydowaliśmy się wykonać cięcie łonowe, uważając je za zabieg ułatwiający poród dziecka żywego a zbyt nie narażający matki na niebezpieczeństwa operacyi.

Za zezwoleniem Dyrektora szpitala i za uprzejmym udziałem kol. Kośmińskiego, Smorągiewicza, Choróbskiego i Zolla, przystąpiłem do wykonania tego zabiegu.

Rodzącą ułożono w sali operacyjnej na zwyczajnym operacyjnym stole z udami spuszczonemi na dół.

Podczas usypiania wymyto pochwę dokładnie 2% rozczynem kreoliny, a potem sublimatu 1 : 5000, następnie mydłem części sromne zewnętrzne i ogolono wzgórek łonowy. Całe pole operacyjne obmyto dokładnie 3% rozczynem kwasu karbolowego a następnie sublimatu 1 : 3000. Do cewki moczowej założono cewnik metalowy.

Po zachloroformowaniu rodzącej i ukończeniu wszystkich przygotowań stanąłem po stronie prawej leżącéj i poleciwszy asystentom trzymanie ud zgiętych i nieco tylko od siebie oddalonych, przeciąłem zwyczajnym skalpelem części miękkie przed spojeniem łonowem w linii środkowej. Cięcie rozpocząłem na 1 ctm. ponad górnym brzegiem spojenia a skończyłem na $1\frac{1}{2}$ ctm. przed spoidłem przedniém. Kilka naczyń krwawiących podwiązałem natychmiast. Odsłoniwszy przednią powierzchnię spojenia, rozdzieliłem na tępo przyczepy mięśni prostych tak, aby wskazujący palec lewej ręki przeprowadzić poza tylną powierzchnię spojenia łonowego. Tego łatwo dokonawszy, rozpocząłem za pomocą cienkiego, gałkowatego bistura przecinać spojenie od góry ku dołowi. Palec wskazujący lewy spoczywał zawsze na gałce bistura.

Musiałem go jednak usuwać od czasu do czasu, gdyż ugniatanie przez główkę, silnymi i częstymi bolami partą, wywoływało mocny ból i zdrętwienie palca. Cewnik w pęcherzu umieszczony chronił go od obrażenia.

Według rady Leopolda postępując[1]), przeciąłem naprzód $^2/_3$ spojenia od góry, w nadziei, że obecnie zastósowana pomoc kleszczowa zdoła uwolnić główkę, tem bardziej, że po tém częściowém przecięciu główka troszkę się obniżyła a górne końce spojenia rozeszły się na szerokość palca, t. j. mniej więcej na $1^1/_2$ ctm. Główkę, chociaż wysoko stojącą, ujęto łatwo kleszczami Madurowicza w wymiarze skośnym; jednakże kilkakrotne, nawet forsowne pociągania nie odniosły skutku pożądanego, mimo równoczesnego spychania główki od zewnątrz.

Widziałem się przeto zmuszonym przeciąć spojenie całkowicie. Poleciłem tedy dwom asystującym kolegom ugniatanie na krętarze, aby uchronić rodzącą od nadwerężenia stawów biodrowych w razie nagłego rozstąpienia się kości łonowych. Przecięcie reszty spojenia nie stanowiło żadnych trudności; tylko po nadwerężeniu nieznaczném przednich wiązek więzadła łukowatego (*ligam. arcuatum*) wystąpiło mierne krwawienie, które dało się zatamować tamponami z gazy jodoformowej, co tém łatwiej wykonano, że teraz kości łonowe rozeszły się na $6^1/_2$ ctm.

Jednorazowe następnie pociągnięcie kleszczami uwolniło główkę. Poród ukończył się bez żadnych dalszych trudności; łożysko uwolniono z pomocą zabiegu Crédégo.

Po porodzie wypłukano pochwę $2^0/_0$ rozczynem kreoliny.

Tampon wyjęty z rany był krwią przesiąkły, ale krwawienie w głębi ustało. Po zbliżeniu do siebie obu kości łonowych, założyłem szwy w sposób następujący: Naprzód dwa mocne szwy jedwabne węzełkowe, przechodzące przez odsłonięte części miękkie i okostną obu kości łonowych, a następnie szew jedwabny kapciuchowy, t. j. przeprowadziłem igłę z mocną nitką jedwabną z góry na dół, równo-

[1]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 30. 1892.

legle do przecięcia, o $1^1/_2$ ctm. od jego brzegu, przez te same części miękkie na długości 3 ctm., następnie zaś tę samą nitkę i tak samo przeprowadziłem po stronie przeciwnej, tylko z dołu do góry, gdzie też oba końce tej nitki złączyłem węzłem mocno ściągniętym. Ranę skórną zespoiłem szeregiem głównych szwów jedwabnych, węzełkowych i założyłem jeszcze jeden dodatkowy szew płytkowy, srebrny, zabierający części miękkie i okostną.

Opatrzenie założono jodoformowe i opaskę krochmalną, a zewnętrznie węża Esmarcha, dookoła miednicy.

Płód płci żeńskiej wydobyty był żywy, ale omdlały i mimo usilnych parogodzinnych starań nie mógł być docuconym; umarł w 4 godziny po operacyi.

Waga płodu 3100 gr., długość 53 ctm. Czaszka twarda i niepodatna przedstawiała następujące wymiary: Obwód 35 ctm. B. T. $6^1/_2$ ctm. B. P. $8^1/_2$. F. O. 11. M. O. 13. Tran. sin. 10. Tr. d. 13.

Po lewej stronie główki znaleźliśmy zdarcie przyskórka i ugniecenie od łyżki lewej w kształcie podwójnej pręgi, z których jedna przebiegała obok zewnętrznego kąta lewego oka przez kość jarzmową i środek kości ciemieniowej, druga tuż przed małżowiną uszną. Za prawém uchem zaś znaleziono podbiegnięcie na przestrzeni odpowiadającej czworakowi, powstałe z ugniecenia końcem łyżki prawej, nadto na guzie ciemieniowym tylnym, z tej samej strony, mały odcisk od tejże łyżki.

W sam dzień operacyi skarżyła się chora tylko na pieczenie w ranie zewnętrznej i na nieoznaczony ból w okolicy spojenia. Wieczorem już zaczęła utyskiwać na gniecenie przez elastyczną opaskę, założoną na opatrzenie organtynowe. Dlatego opaskę tę zwolniono.

6. sierpnia. Z powodu dolegliwości, jakie pasek mimo zwolnienia sprawiał, usunięto go, poczem nastąpiła znaczna ulga. Ból w okolicy spojenia utrzymuje się, a zwiększa się za uciskiem na grzebienie kości biodrowych. Mocz cewnikiem wypuszczony, prawidłowy. Ciepłota rano prawidłowa dosięgła wieczorem 38·3 bez dreszczów.

7. sierpnia r. 37·4, w. 38. Bolesność w okolicy spojenia mniejsza, chora czuje się swobodną. Odchody prawidłowe.

8. sierpnia r. 37·4, w. 37·9. Stan ogólny dobry, nabrzmiewające sutki podwiązano. Odchody krwawe prawidłowe. Brzuch nieco wzdęty z powodu zaparcia stolca. Podano olej rącznikowy.

9. sierpnia r. 37·2, w. 38·6. Nad ranem było kilka płynnych stolców, którymi zawalane opatrzenie musiano powierzchownie zmienić. Przesączyna z rany w spojeniu bardzo skąpa, prawidłowa. W miejsce dawniejszego opatrzenia opasano chorą tylko dwoma zeszytymi ręcznikami, dobrze miednicę ściągając. Stawy krzyżowo-biodrowe nie zdradzają żadnej nieprawidłowości. Ruchy bierne wykonywane delikatnie kończynami dolnemi niebolesne. Macica w wysokości pępka, pochyłona ku stronie prawej, dobrze ściągnięta. W jamie brzusznej nie można nigdzie wybadać żadnej bolesności. Odchody prawidłowe.

10. sierpnia r. 37·7, w. 39·6. Zmieniono całe opatrzenie. Rana skórna zgojona przez rychłozrost. Odczynu w okolicy niema żadnego. Wydzieliny żadnej, opatrzenie suche. Dotykanie spojenia, nieco obrzmiałego, wywołuje bardzo umiarkowany ból. Ucisk na grzebienie kości biodrowych nie sprawia już żadnej dolegliwości. Podniesienie ciepłoty, trwające od dni czterech, bez objawów zakażenia, gdyż brak dreszczów, powiększenia się liczby tętna, niestosunkowo do ciepłoty i pragnienia, wobec braku wszelkich zmian patologicznych w innych narządach, wskazuje, że wewnątrz dróg porodowych miękkich musi być jakieś nadwerężenie o charakterze czysto miejscowym. Mocz i stolec oddaje chora sama i bez trudności. Bierne ruchy kończynami dolnemi niebolesne.

11. sierpnia r. 37·9, w. 39·2. Stan ten sam.

12. sierpnia r. 37·5, w. 38·6. Ucisk na grzebienie kości biodrowych, nawet mocny, nie wywołuje bólu. Apetyt dobry. Sutki miękkie. Stan ogólny zadawalniający.

13. sierpnia r. 37·5, w. 39·5. Zmieniono opatrzenie. Rana zupełnie zgojona, sucha, ale szwy dobrze trzymające

zostawiono jeszcze. Obrzęk spojenia znacznie mniejszy. Odchody ropiaste, obfite.

14. sierpnia r. 37·5, w. 39·3. Po podaniu olejku rącznikowego, z powodu braku stolca od 3 dni, kilka obfitych wypróżnień. Chora swobodna, śpi dobrze, apetyt dobry. Macica na dwa palce nad spojeniem, dnem ku stronie prawej nachylona.

15. sierpnia r. 37·2, w. 39·5. Zmiana opatrzenia nie wykazuje nic nieprawidłowego w ranie, ani w jej okolicy. Na kości krzyżowej utworzyła się odleżyna zupełnie powierzchowna, wielkości centa, na którą przyłożono maść z tlenku cynku.

16. sierpnia r. 37·3, w. 37·5. Stan ogólny dobry.

17. sierpnia r. 37·2, w. 37·5. Odchody ropne, jeszcze obfite. Zmiana opatrzenia. Szwy jedwabne usunięto a pozostawiono jeszcze tylko srebrny. Blizna po ranie liniowa. Spojenie w całości grubsze, co można stwierdzić i badaniem wewnętrzném. Ugniatanie nań zaledwie bolesne. Chora czuje się zupełnie dobrze, leży chętnie na bok, a czynne poruszanie kończynami dolnemi nie sprawia jej najmniejszego bólu. Odchody znacznie skąpsze, nieco zaróżowione. Apetyt dobry.

Od tego dnia ciepłota nie przekroczyła 37·5, a zdrowienie postępowało bardzo dobrze.

22. sierpnia usunięto ostatni szew, t. j. srebrny, przyczem pokazały się 2 małe odleżyny od płytek, pokrytych gazą jodoformową, które jednak w 3 dniach zupełnie się zgoiły. Chora zaczyna siadać.

1. września chora zaczyna schodzić z łóżka bez żadnych dolegliwości i stąpa dobrze i pewnie.

Od 6. września chodzi zupełnie swobodnie. Szpital opuściła d. 8. października w stanie zupełnie zdrowym.

Ostatnie badanie wykazało zewnętrznie: Brzuch wysklepiony prawidłowo, bez żadnych wykazać się dających oporów lub obrzęków. Z dawnej rany ledwie widoczna liniowa blizna. Spojenie nie obrzękłe, nieco grubsze. Wewnętrznie: Pochwa wprawdzie dosyć wiotka, ale bez zmian; część pochwowa ujściem ku przodowi zwrócona, w przedniej war-

dze ubytek, dzielący ją na dwie boczne połowy. Sklepienia wolne, macica ułożona prawidłowo, niebolesna ruchoma.

Powyżej przytoczony opis stanu rodzącej, do szpitala przyjętej, dostatecznie, zdaje mi się, wyjaśnia i uzasadnia przyczyny, które skłoniły mnie, do wykonania zabiegu po raz pierwszy u nas zastósowanego.

Że wynik jego w jednym względzie, nie wypadł całkowicie pomyślnie, tego przyczyny szukać należy w dwóch okolicznościach, które właśnie omówić zamierzam.

Po raz pierwszy operacyę tę wykonywając, starałem się wszelkiemi sposobami, aby jak najmniej narazić chorą na ewentualne następstwa zabiegu, w każdym razie nie obojętnego. Dlatego też, przecinając spojenie łonowe, miałem na myśli radę Leopolda [1]), który w przypadkach ścieśnień miednicy krzywiczej płaskiej, przecina tylko $^3/_4$ wysokości spojenia, otwierając, jak sam powiada, wrota o tyle tylko, ile tego konieczna wymaga potrzeba. Zdanie to, teoretycznie biorąc, może się zupełnie słuszném wydawać, a chronienie rodzącej, o ile możności, od fatalnych następstw niezrośnięcia się obu końców kości łonowych, przemawia bardzo za humanitarném i zachowawczém postępowaniem słynnego operatora. Praktyka jednak przedstawia inaczej tę kwestyą. Naprzód więc, w całym szeregu ogłoszonych dotychczas przypadków cięcia łonowego, nie znajdujemy ani jednego, któryby się zakończył niepomyślnie, ze względu na dalsze zdrowie pacyentki, ba, nawet znanych jest 3 przypadki Spinellego [2]), który na 24 podobnych operacyj, powtórzył 3 razy ten sam zabieg z wynikiem zupełnie pomyślnym, tak dla matki, jak i dla płodu.

Powtóre, w przecięciu całego spojenia łonowego głębokość i wielkość cięcia zależą zupełnie od operatora. Ostrożnie bowiem postępując i prowadząc cięcie, trudno nadwerężyć jakikolwiek organ, którego uszkodzenie mogłoby zagrażać niebezpieczeństwem natychmiastowém, lub następowém ka-

---

1) l. c.

2) Annales de Gynécol. ze stycznia 1892 r.

lectwem. Chodzi tu bowiem głównie o ciała jamiste i pęcherz moczowy. .

Przecinając zaś tylko część spojenia, gdy następnie poród kleszczami ukończyć należy, nie możemy mieć pewności, czy reszta spojenia, nie ulegnie sile rozpychającej, wywartej pociągnięciami przyrządu. Tem zaś łatwiejszém jest to powikłanie, że tkanina już nadcięta, a zatem w swej ciągłości przerwana, łatwiej rozedrzeć się może, a gdzie się rozdarcie skończy, tego operator ani wiedzieć, ani przewidzieć nie może. To częściowe przecięcie spojenia było powodem, że usiłowanie wydobycia główki kleszczami spełzło na niczem, gdyż wymiar prosty miednicy nie powiększył się dostatecznie. Że zaś pociągania były silne, więc też i wywołały uszkodzenia na główce płodu, które ostatecznie stały się przyczyną jego następowego obumarcia.

Ale toż i w zastósowaniu kleszczy upatruję drugi powód niepomyślnego wyniku operacyi. Główka, jak to wyżej wspomniałem, nie była ustalona; należało ją więc nad wchodem ująć w kleszcze i tak wzdłuż osi miednicy sprowadzić z wchodu do próżni. Do przeprowadzenia zaś tego niezbędnemi są prawie kleszcze Tarniera lub Breussa, jeżeli chcemy uchronić główkę od nadwerężeń znaczniejszych. Niestety, instrumentaryum oddziałowe nie posiadało tych przyrządów; musiano przeto użyć kleszczy Madurowicza, które w innych przypadkach wyborne, w tym nie mogły spełnić zadania. Mimo to jednak sądzę, że, chociaż ostateczny wynik operacyi nie był tak piękny, jak w przeważnej liczbie podobnych przypadków, to w każdym razie rzecz niewątpliwa, że w przypadku, w którym ani myśleć nie było można o urodzeniu płodu donoszonego, żywego, z pomocą cięcia łonowego wydobyliśmy płód żywy, a matka wyszła zdrową.

Obecnie zapatrywania się specyalistów, polegające częścią na własném doświadczeniu, częścią na danych statystycznych, ogłaszanych coraz liczniej na korzyść tej operacyi, tak dalece przemawiają za tym zabiegiem, że jeden z najznakomitszych francuskich położników, a konserwatysta

w swym zawodzie, Pinard, wspomina w swej pracy[1]) o cięciu łonowém, że na 1800 porodów, w roku 1892 obserwowanych w klinice Baudelocqua, nie wykonano ani razu wymóżdżenia na żywym płodzie, pomimo bardzo wielu przypadków znacznych ścieśnień miednicy, z jakiemi miał do czynienia.

Dopóki też naukowe prace i spostrzeżenia szkoły neapolitańskiej w tym względzie nie utorowały drogi powszechnemu dzisiaj uznaniu dla cięcia łonowego, miało wymóżdżenie żywego płodu, swe ścisłe i bezwarunkowe wskazania, które jednak obecnie ustąpią zapewne wskazaniom dla wydobytej z zapomnienia operacyi, a ścieśnią znacznie granice cięcia cesarskiego bez stanowczych wskazań.

Nie podobna mi tu wyliczyć szczegółowo wszystkich okoliczności, w których należy wykonać cięcie łonowe, albowiem zabrałoby to zbyt wiele miejsca i czasu, a da się w krótkości streścić.

Cięcie łonowe wskazaném jest we wszystkich tych przypadkach, w których dotąd uciekano się do wymóżdżenia płodu żywego, jakoteż i w tych, w których ze względu na niestósunek porodowy w położeniach podłużnych oczekiwano obumarcia płodu, aby dopiero nieżywy zmniejszyć i wydobyć z łona matki. Czy się to zatem odnosić będzie do ścieśnień miednicy drugiego stopnia, z płodem prawidłowo rozwiniętym, czy do ścieśnień w mniejszym stopniu z płodem rozwiniętym nadmiernie, to w tych granicach cięcie łonowe znajduje swoje warunki i wskazania. Po za niemi ustąpić musi miejsca innym zabiegom. W ogóle naturalnie, jak w wielu innych kwestyach, tak i w tej, należy uwzględnić koniecznie stósunki indywidualne, według których trzeba kierować się w wyborze sposobu prowadzenia porodu.

Aby jeszcze wyjaśnić dokładniej i poprzeć kwestyę cięcia łonowego, ogólnie już dzisiaj przyjętego, podaję tutaj rysunki szematyczne, według panów Farabeufa i Varniera[2])

---

[1]) Annales de Gynécol. z grudnia 1892 r.

[2]) Annales de Gynécol. ze stycznia 1892 r.

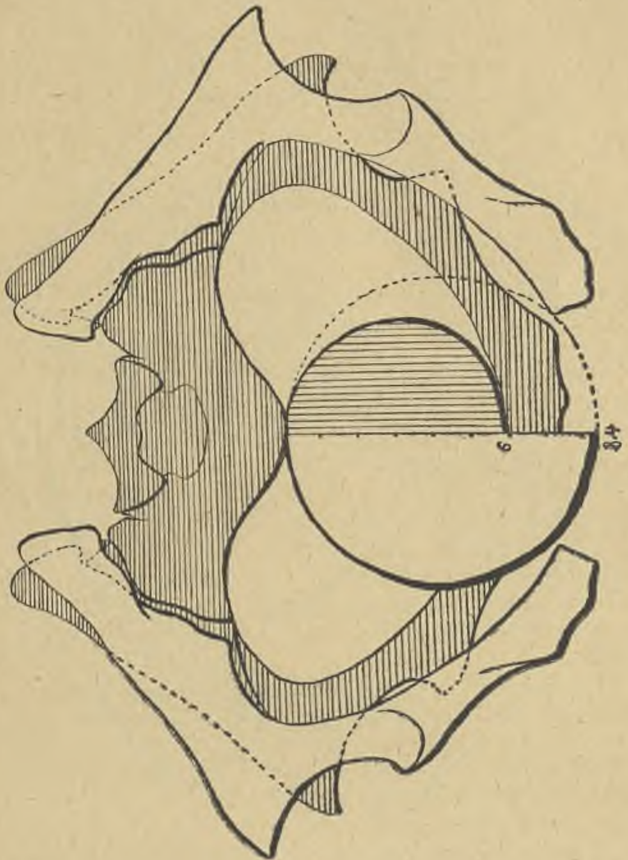


Fig. I.

Przecięcie poziome w płaszczyźnie wchodu miednicy znacznie ścieśnionej, której wymiar prosty wynosi 6 ctm.

Część kreskowana przedstawia stosunki przed przecięciem.

Część biała zaś po przecięciu spojenia, które rozstąpiło się na 6 ctm.

Wymiar prosty fig. białej po przecięciu ma się w stosunku do wymiaru prostego fig. kreskowanej przed przecięciem, jak 84 : 60; objętość zaś fig. białej, stosunkowo do obj. fig. kreskowanej, jak 310 : 113, zatem prawie potrójna.

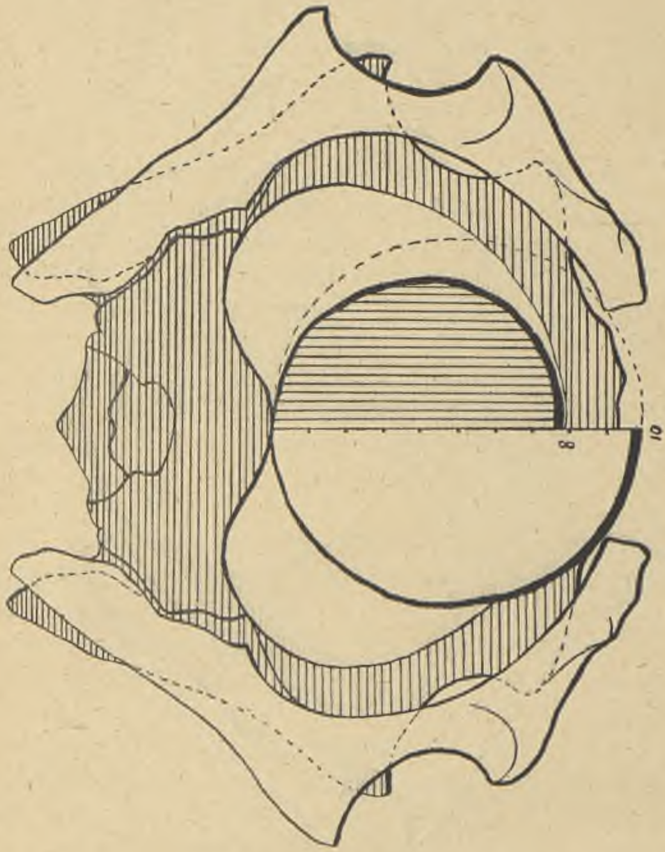


Fig. II.

Przecięcie poziome w płaszczyźnie wchodu miednicy miernie ścieśnionej, której wymiar prosty wynosi 8 ctm. Część kreskowana przedstawia stosunki przed przecięciem, biała zaś część po przecięciu spojenia łonowego, które rozstąpiło się na 6 ctm.

Wymiar prosty fig. białej po przecięciu ma się w stósunku do wymiaru prostego fig. kreskowanej przed przecięciem jak 98 : 80. Objętość zaś fig. białej stósunkowo do obj. fig. kreskowanej jak 448 : 267, zatem prawie podwójna, czyli, że płód o wadze 3000 gr. byłby mniejszym w stósunku do rozciętej miednicy, aniżeli płód o wadze 2000 gr. dla miednicy nienaruszonej.

a przedstawiające stosunki wymiarów miednicy więcej (fig. I) i mniej (fig. II) ścieśnionej, przed operacyą i po operacyi.

Z nich widzieć można, iż zwiększenie się rozmiarów miednicy po przecięciu spojenia jest bardzo znaczne i bardzo wyraźne. W miednicach nawet więcej ścieśnionych skutek przecięcia jest znacznie wybitniejszy, aniżeli w miednicach obszerniejszych, a co za tém idzie, że i wynik operacyi musi być w jednym i drugim przypadku pomyślny tak dla płodu, jako też i dla rodzącej, względnie matki.

Na końcu wyrazić muszę serdeczne podziękowanie kol. Drowi Kośmińskiemu, który pod nieobecność prymaryusza Prof. Madurowicza, odstąpił mi wykonanie tej operacyi, i Prof. Madurowiczowi, który przystał na ogłoszenie tego przypadku.

Kol. Kohn. Skoro dziecko ważyło 3100 gr., a wymiary główki wynosiły *bitemp.* $6^1/_2$ cm. a *biparietal.* 8 cm., to niestosunek porodowy nie był duży, za czem przemawia jeszcze i ta okoliczność, że według prelegenta za jednem pociągnięciem dziecko się urodziło. Na wniosek, aby kraniotomia na płodzie żywym miała być wyrugowaną przez cięcie łonowe, nie może się zgodzić, bo cięcie łonowe nie jest operacyą tak łatwą do wykonania, a zarazem jest wielce niebezpieczną, jeżeli zwrócimy uwagę na to, że podczas wydobywania płodu zagrożone są stawy krzyżowo-biodrowe.

Gorączka, zdaniem kol. Kohna, pochodzi w danym wypadku ze zapalenia stawów, gdyż innego źródła gorączki wykazać nie można. Oddanie cięcia łonowego w ręce praktyków nie jest zatem pożądane, a nawet niemożliwe. Kraniotomia jest zabiegiem daleko łatwiejszym. Nie sądzi, aby cięcie cesarskie i kraniotomia miały być ograniczone. Co do rycin, przedstawiających zmiany w miednicy kostnej po cięciu łonowém, to są one nieprawdziwe, gdyż nie wymiar prosty wchodu bywa przez przecięcie spojenia łonowego najwięcej przedłużony — jak to widzimy na rysunku — ale wymiar poprzeczny, a wymiar prosty rozszerza się w ten sposób, że na 2 ctm. rozstępu w spojeniu łonowém, przedłuża się wymiar prosty o 2 mm.

Kol. Rosner widział rodzącą przed operacyą i twierdzi, że wtedy główka była nieustalona, wysoko nad wchodem położona i można było robić obrót na nóżki. Ponieważ atoli pociągania kleszczami po przecięciu spojenia były bardzo silne, uważa, że pociąganie silne stało się w danym przypadku przyczyną śmierci płodu.

Kol. Zoll, który był obecny podczas operacyi, dodaje, że silne pociągania trwały $^3/_4$ godziny i nie mogły być obojętne dla płodu.

Kol. Braun. Wobec tego, że dopiero po silnych pociąganiach udało się płód wydobyć i to w najwyższym stopniu omdlały, musiał być w przypadku kol. Harajewicza znaczniejszy niestosunek porodowy. Dlatego nie można powątpiewać, czy było w danym przypadku wskazanie do cięcia łonowego. Według zdania kol. Brauna, w danym razie można było myśleć o kraniotomii, lub cięciu cesarskiém, ma się rozumieć ze wskazania względnego, lub dla ominięcia tych dwóch operacyi o cięciu łonowém.

Nie można się tylko zgodzić na ogólnikowe orzeczenie kol. Harajewicza, że tam jest wskazanie do cięcia łonowego, gdzie jest wskazanie do cięcia cesarskiego ze wskazania względnego.

Wszak cięcie łonowe wymaga tego najważniejszego warunku, aby więzadła krzyżowobiodrowe przednie były rozciągliwe. Spojenie łonowe rozstępuje się o tyle, o ile powyższe więzadła się rozciągną. Nie będzie zatem można wykonać z pomyślnym skutkiem zabiegu u osób starszych, gdzie z powodu wieku więzadła są niepodatne, dalej w tych miednicach, gdzie przedwcześnie skostniały stawy krzyżowobiodrowe, jak w miednicy Roberta, Nägelego, wreszcie nie nadają się do cięcia łonowego ścieśnienia miednicy spowodowane przez guzy wychodzące bądź z kości, bądź z części miękkich. Kol. Braun sądzi, że cięcie łonowe nadaje się u osób młodych, o miednicach płaskich lub ogólnie ścieśnionych.

Zabieg ten już wcale nie nadaje się tam, gdzie płód obumarł i gdzie tylko kraniotomia jest najwłaściwszą.

Kol. Cercha. Że cięcie łonowe może dać różne wyniki, to najlepiej wykazuje przypadek kol. Harajewicza i niedawno operowany w klinice prof. Madurowicza, jak również i wyniki po cięciu łonowém, przytoczone w literaturze. Tam wypadł zabieg pomyślnie dla matki, tu zaś dla płodu. Nie można stawiać wskazań do cięcia łonowego uwzględniając tylko miednicę kostną, bo przecież nieraz poród przebiega dobrowolnie, choć jest miednica ścieśniona. Uwzględnić należy obok miednicy także i zdolność zastosowania się główki płodu do pomiarów miednicy.

Przy miednicy ogólnie ścieśnionej daje cięcie łonowe lepsze wyniki, niż przy płaskiej.

Kol. Przewodniczący nie zgadza się ze zdaniem prelegenta, jakoby w danym przypadku nie było wskazania do cięcia cesarskiego. Podnosi dalej, że nie usuwa się od spojenia łonowego mięśni prostych, lecz mięśnie pyramidalne, dalej, że w opisie lepiej jest trzymać się oznaczenia dnia po porodzie, niż

dnia miesiąca, że lepiej było w danym razie sprobować najpierw obrotu; wreszcie zapytuje, jak był założony szew srebrny?

Kol. Zoll zaznacza, że szew srebrny był kostny i najpierw założony.

Kol. Rosner. Jest dziwną rzeczą, że w danym przypadku, pomimo silnych pociągań, nieznacznego ścieśnienia miednicy i małych rozmiarów główki płodu, tak ciężko poród przebiegał. Ryciny załączone okazują znaczne rozszerzenie wymiaru prostego, a przebieg porodu przemamia przeciw temu.

Kol. Kohn. Z przemówienia kol. Brauna wygląda, jakobym podawał w wątpliwości wskazanie w danym przypadku. Powiedziałem tylko, że kol. Harajewicz nie był uprawniony do konkluzyi na podstawie swego przypadku. Co do kleszczy Breussa i Tarnier'a, których brakowi przypisuje kol. Harajewicz zły wynik dla płodu, to sądzi kol. Kohn, żę w danym razie przez założenie kleszczy Breussa lub Tarnier'a byłby płód wyszedł jeszcze gorzej. Wprawdzie pociągania kleszczami Breussa nie byłyby trwały tak długo, ale wobec małej krzywizny główkowej w kleszczach Breussa główka płodu uległaby znacznemu uciskowi. Pod tym względem wyżej stoją kleszcze Madurowicza do wysokiego ustawienia główki, bo mają większą krzywiznę główkową i przez to mniej zgniatają podczas pociągania główkę płodu.

Kol. Garbiński podnosi, że mało jest uwzględniany w danym razie mechanizm porodowy, który się zmienia pewnie znacznie po wykonaniu cięcia łonowego, wskutek zmian, jakie zachodzą w oporach miednicy kostnej.

Kol. Kośmiński. Rodzącej radzono cięcie cesarskie, ale się nie zgodziła. Pozostawały do wyboru: cięcie łonowe i kraniotomia. Wobec życia płodu, zgodzono się na cięcie łonowe. Dziecko obumarło najprawdopodobniej z powodu pociągań, których było kilka. Z początku spojenie łonowe rozeszło się na $1^1/_2$ ctm., a dopiero, gdy się rozeszło na $6^1/_2$ ctm., pociągania już nie trwały długo.

Kol. Zoll. Zatem nie było zrośnięcia w stawach biodrowych, bo w takich razach cięcie łonowe nie prowadzi do celu.

Kol. Rosner. Widocznie nie było zrośnięcia, skoro spojenie łonowe rozeszło się na $6^1/_2$ ctm.

XLI. Posiedzenie z dnia 21 marca 1893 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 9.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że 13 b. m. z okazyi 70-letniej rocznicy urodzenia radcy dworu Prof. Józefa

Spätha w Wiedniu, wysłał telegram z powinszowaniem w imieniu swojem i Towarzystwa ginekologicznego, za co w tych dniach otrzymał podziękowanie. Towarzystwo przyjęło zawiadomienie kol. Przewodniczącego wśród ogólnego brawa.

3) Kol. C e r c h a przedstawił chorą z zarośnięciem pochwy środkowem *(atresia vaginae media)*. Kobieta 23 lat licząca, nie miesiączkowała dotąd, od 5 lat ma co miesiąc pojawiające się bóle, słabsze w 1-szym dniu, silniejsze w 2 następujących, które odnosi przeważnie do dolnej części brzucha po stronie prawej. Od kilku miesięcy bóle te są silniejsze i dolegliwsze. Przy badaniu, które w uśpieniu byłoby naturalnie łatwiejsze, radzi zwrócić uwagę na 2 okoliczności: 1) na ciałko wielkości orzecha włoskiego, twarde, nieco spłaszczone, w dole węższe i nieco na prawo leżące. Po jednej stronie od tego ciałka idzie postronek ku stronie lewej, po drugiej stronie jest to ciałko do ścian miednicy więcej zbliżone. Tutaj jest opór twardy bolesny około więzów krzyżowobiodrowych. 2) Na fałd poprzeczny, który może być fałdem pęcherza moczowego, lub jamy Douglasa. Czy to ciało jest macicą, czy jajnikiem? Może to jest macica troche krwią wypełniona, a opór bolesny po stronie prawej sprawą zapalną około macicy. Należałoby się zastanowić, co z tą chorą zrobić, czy te bóle pochodzą od sprawy zapalnej i od przekrwienia, czy też krew gromadzi się w macicy i sprowadza molimina?

Kol. R o s n e r. Nie sądzi, aby bóle pochodziły od zapalenia, bo to zapalenie musiałoby trwać 5 lat, co jest nieprawdopodobne. Również nie przypuszcza, aby molimina pochodziły od gromadzenia się krwi, bo, gdyby krew gromadziła się przez 5 lat, toż przecież macica byłaby większa, niż orzech włoski. Przy badaniu czuł obok tego ciałka, które leży na prawo postronek przez całą szerokość miednicy małej poprzecznie idący w środku nieco grubszy, który może odpowiadać szczątkowej macicy.

Kol. Ś w i t a l s k i. Przy badaniu czuł postronek przechodzący poprzecznie przez miednicę ku obydwom talerzom biodrowym. Na prawo było ciałko wielkości orzecha włoskiego zbitości jajnika, ruchome i tak czułe, jak jajnik. W samej linii środkowej, blisko spojenia, w środku wyżej wzmiankowanego postronka, ciałko mięsiste małe i płaskie i któreby mogło odpowiadać macicy zmarniałej. Nie przypuszcza, żeby bóle pochodziły z zapalenia, bo one występują co miesiąc a nie są ciągłe.

Kol. M a r s. Mnie się zdaje, że guzik ten nie leży w całości na prawo, lecz że dolna część jego leży w linii środkowej, górna zaś zbacza na prawo.

Kol. C e r c h a. Ja nie wybadałem 2-ch ciał. Ciało, które kol. Świtalski uważa za jajnik, nie sprawia badanej przy ucisku bólu, lecz przy unoszeniu ku górze.

Kol. Przewodniczący. Ja 2 ciał nie wybadałem, czułem jedno ciało w górze grubsze niż w dole, nadto czułem wyraźnie w dolnej części dołek, jakby od ujścia. Od górnej części odchodzą postronki na boki. Nadto czułem fałd błoniasty, jakby pęcherza. Zkąd pochodzą molimina? Że to ciało jest macicą, nie ulega wątpliwości. Czy te postronki są trąbki, lub więzy szerokie, tego niewiem, bo trzeba chorą badać w uśpieniu. Te molimina mogą pochodzić, albo od przekrwienia jajników, albo od gromadzenia się krwi w macicy. Ta mała macica wydziela mało krwi podczas miesiączki, może jednak jest wydzielanie się jajka i przy tem tworzy się mały krwistek zamaciczny. Na zmianę zapalną nie godzę się, bo bóle są regularne, co miesiąc. Gdyby były bóle duże i zmiana zapalna, byłaby się już dawno chora zgłosiła. Sądzę więc, że to nie zapalenie, tylko małe krwawienie z jajników jest przyczyną tego małego oporu.

4) Kol. Świtalski odczytał rzecz:

„O dermatolu w ginekologii i położnictwie".

Dermatol, połączenie chemiczne, otrzymane przez Heinza i Liebrechta, i przez nich, jakoteż przez Glasera, do terapii wprowadzony, jako środek mający zastąpić jodoform, dzięki swym własnościom, znalazł w krótkim czasie rozległe zastósowanie prawie we wszystkich działach medycyny.

Na zlecenie prof. Dra Madurowicza postanowiliśmy przekonać się o zachwaloném działaniu dermatolu i na podstawie własnego doświadczenia wskazać przypadki, w których dermatol dałby się z korzyścią zastósować w ginekologii i położnictwie i czy mógłby zastąpić przeważnie dotychczas tu używany jodoform. W tym celu stósowaliśmy dermatol wszędzie tam, gdzieby było wskazaném użycie jodoformu, a wyniki, jakie otrzymaliśmy z tego leczenia, będę się starał w krótkości przedstawić poniżej.

Do doświadczeń używaliśmy dermatolu z fabryki pod firmą „Meister Lucius et Brüning in Höchst am Main" i gazy dermatolowej wyrobu p. Siedleckiego, aptekarza z Krakowa, stósując, bądź to sam dermatol, bądź też dermatol wraz z gazą dermatolową.

Nim jednak przystąpię do właściwego sprawozdania, muszę tu pokrótce wspomnieć o własnościach chemicznych

dermatolu, gdyż znając je i działanie jego łatwiej wytłómaczyć sobie będzie można.

Pod względem chemicznym jest to sól zasadowa kwasu dębiankowego z bismutem. Ma postać proszku żółtego o wejrzeniu bardzo podobném do jodoformu, bez smaku i zapachu, w zwykłych płynach (jak woda, oleje, alkohol etc.) nie rozpuszcza się; pod wpływem światła nie ulega żadnej zmianie; w wysokiej ciepłocie nabiera zabarwienia szarawo-brunatnego.

Działanie przeciwgnilne dermatolu ma być nieznaczne, jakkolwiek doświadczenia Bluhma w tej mierze wykazały, że rozwój wielu mikroorganizmów pod wpływem dermatolu zostaje powstrzymany, a kokki ropne (*staphylococci* i *streptococci*) ulegają nawet zniszczeniu. Stone utrzymuje, że dermatol tamuje rozwój mikroorganizmów przez wysuszanie tła odżywczego, a z drugiej strony, że podobnie, jak jodoform, łączy się z produktami przemiany materyi, ptomainami, które przez to stają się nieszkodliwymi. Działanie jego wysuszające, zmniejszające ilość wydzieliny i ochraniające, nie da się żadnym innym środkiem zastąpić i przez te swoje zalety w niektórych przypadkach przynosi wielkie korzyści; brak wszelkiej woni, własności drażniących i trujących w zastósowaniu go nawet w wielkiej ilości nadaje mu wyższość nad jodoformem, któremu nie dorównywa tylko pod względem własności odwaniającej. Działanie krew tamujące, przypisywane dermatolowi, jest tak nieznaczne, że nie może wchodzić w rachubę.

W ginekologii z korzyścią daje się dermatol zastósować przeważnie po zabiegach operacyjnych na części pochwowej, pochwie, międzykroczu i jamie brzusznej. Po operacyach palliatywnych raka części pochwowej, polegających na wyskrobaniu lub wycięciu części nowotworowych i przypaleniu termokauterem Pacquelina, dermotol działa pomyślnie, sprawiając szybkie oddzielanie się strupów przyspiesza wytwarzanie się ziarniny i następowe zabliźnianie się; ilość wydzieliny przytem znacznie ogranicza. Na owrzodzenia rakowe wprost użyty nie wywiera żadnego wpływu.

Wogóle wszędzie tam, gdzie do zniszczenia tkanin użyto termokauteru, gdzie w zwykłych warunkach oddzielanie się strupów odbywa się powoli, a gojenie trwa nieraz czas dłuższy, dermatol okazał się bardzo korzystnym środkiem, skracającym znacznie czas gojenia się.

Stósowaliśmy go w wyżej wspomnianym celu po operacyach raka części pochwowej, po wycięciu i wypaleniu raka łechtaczki i po zniszczeniu termokauterem erozyj brodawkowych około brzegów ujścia zewnętrznego macicy się znajdujących; we wszystkich tych przypadkach działanie dermatolu było bardzo wybitne.

Na gojenie się erozyj płaskich w przebiegu *endometritis* występujących wywiera tylko wpływ nieznaczny.

W pochwie użyty po rozmaitych zabiegach operacyjnych, jak *kolporrhaphia*, operacyach przetok pęcherzowo-pochwowych i zwężeń pochwy przez swe działanie osuszające i ochraniające, przyczynia się do szybkiego doraźnego gojenia się.

Sądząc z jego własności wyżej wspomnianych, możnaby przypuścić, że jako środek wspomagający leczenie ostrego zapalenia pochwy, stósowany w tamponach mógłby oddać dobre usługi; w tym względzie jednak nie mogliśmy go jeszcze wypróbować z powodu braku odpowiednich przypadków. Asch wprawdzie podaje, że w tych wypadkach wpływ dermatolu jest nieznaczny, ale to przypisać należy prawdopodobnie temu, że on używał tylko gazy dermatolowej, w której ilość dermatolu nie wystarcza do działania skutecznego. Co się tyczy operacyj plastycznych na międzykroczu (*perineorrhaphia*), na których pomyślny wynik ma wywierać dermatol wpływ bardzo korzystny, nie możemy nic stanowczego wypowiedzieć, gdyż stósowaliśmy go w dwu przypadkach i w obu z przyczyn prawdopodobnie od dermatolu niezależnych nie nastąpiło zgojenie się przez rychłozrost.

Zastosowany na zeszytą ranę brzuszną po laparotomii dostaje się we wszelkie szczeliny i otworki szwów, chroniąc dokładnie od zakażenia tak, że przewyższa w tym razie dawniej zawsze używany jodoform.

W położnictwie oddaje dermatol również niemniej dobre usługi zastósowany na otarcia, tak często się wytwarzające zwłaszcza u pierwiastek przy wytaczaniu się główki, w dolnej części pochwy, w okolicy przedsionka, na wargach mniejszych, jak również na pęknięcia wędzidełka.

Obrażenia te powyżej wspomniane, będące nierzadko punktem wyjścia dla wrzodów połogowych, jakoteż bramą, którą mikroorganizmy chorobotwórcze dostają się nieraz za pośrednictwem naczyń do tkanki okołomacicznej, wzniacając w niej sprawę zapalną, pod wpływem dermatolu, nietylko, że szybciej się goją, bo w przeciągu 3—5 dni, ale dermatol zabezpiecza je poniekąd od zakażenia; posypany bowiem na otarcia i pęknięcia błony śluzowej części wyżej wspomnianych, a więc na miejsca pozbawione przybłonka, tworzy warstwę mocno do podstawy przylegającą, niejako strup ochronny, po którym odchody połogowe mogą bezkarnie spływać. Dopiero w miarę, jak miejsca te zaczną się pokrywać przybłonkiem, dermatol odpada, a części te wyróżniają się od otoczenia nieco bledszą barwą.

W tym celu ochronnym stósujemy obecnie w klinice dermatol u wszystkich położnic, u których podczas porodu wytworzą się otarcia, a wyniki są bardzo zadawalniające i dlatego zaleciłbym go zawsze w tych razach do użycia, zwłaszcza w praktyce prywatnej, gdzie utrzymanie czystości nieraz nie jest tak łatwe, jak w zakładach, gdzie więc łatwiej może nastąpić zakażenie.

Zastósowany na już wytwórzone wrzody połogowe przyspiesza ich oczyszczanie się i gojenie.

Po zeszyciu pękniętego międzykrocza podczas porodu dermatol również przyspiesza zrośnięcie się brzegów rany, chroniąc od spływających odchodów.

W końcu muszę tu jeszcze nadmienić, że w kilku przypadkach wrzodów pępkowych, tworzących się przez nieprawidłowe zasychanie i odpadanie pępowiny okazał się dermatol bardzo skutecznym, a dwukrotne jego zastósowanie sprowadziło szybkie zabliźnienie się pępka. Kol. Rosner badał także w kilkunastu przypadkach zachowanie się resztek

pępowinowych u noworodków pod wpływem dermatolu i przekonał się, że dermatol sprowadza szybkie i bardzo dokładne ich wyschnięcie, a po odpadnięciu pępowiny, które następuje między czwartym a ósmym dniem, pozostaje mniejsza powierzchnia granulacyjna, niż zwykle i zabliźnienie bez wszelkich komplikacyj następuje rychło. Jakkolwiek liczba obserwowanych przypadków nie wystarcza do wypowiedzenia stanowczego zdania, to w każdym razie nie można dermatolowi odmówić dodatniego działania w tej mierze, które można sobie wytłomaczyć dosyć mocném działaniem higroskopijném dermatolu, który, zabierając wodę, wysusza pępowinę i odbiera bakteryom potrzebną do ich rozwoju wilgoć.

Gazy dermatolowej używaliśmy z pożytkiem bądź to w miejsce gazy jodoformowej, lub w przypadkach, gdzie wskutek pojawienia się objawów otrucia jodoformem, gazy jodoformowej nie można było stósować.

Co się tyczy stósowania dermatolu, to aby działanie jego było pewne, musi być przedewszystkiem przysypany w warstwie grubej na miejsce potrzebne, które wprzód musi być dokładnie osuszone; w przeciwnym bowiem razie, nie będzie ściśle przylegał do podstawy, a u położnic zostanie całkowicie spłukanym przez ściekające odchody połogowe.

Najlepiej rozpylać go za pomocą pędzelka, lub na miejsce trudniej dostępne, jak np. na części pochwowe, przez dokładne umaczanie gazy dermatolowej w proszku dermatolu i wsunięcie jej w miejsce przeznaczenia.

Obok czystego dermatolu stósowałem także mięszaninę złożoną 80% dermatolu, 10% jodoformu i 10% kwasu borowego. Dodatek ten, nie zmieniając własności dodatnich dermatolu, a podnosząc jego działanie przeciwgnilne, okazał się bardzo dobrym, a strup ochronny, tworzący się z tej mięszaniny ściślej jeszcze przylega, aniżeli z czystego dermatolu.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Mars. Dermatolu używałem bardzo często i byłem z niego zadowolony. Używałem go samego, jako pudru, lub z dodatkiem łojku, przy wyprzaniu sromu. Praca kol. Świtalskiego

zyskałaby jeszcze więcej, gdyby były uwagi statystyczne popierające twierdzenie. Co do pędzelka, jest on niezawsze aseptyczny, lepiej użyć zatem wyjałowionej waty, która pędzelek zastąpić może.

Kol. Świtalski. Są nowe pędzelki szklane, które się dają czysto utrzymać.

Kol. Cercha. W praktyce kąpielowej, w przypadkach *endometritis*, używał pasków gazy jodoformowej namoczonej w ichtyolu, lub posypanych proszkiem dermatolu. Upławy się zmniejszały, a owrzodzenia wyraźnie się goiły.

Kol. Rosner potwierdza zdanie kol. Świtalskiego co do znakomitego działania ochronnego dermatolu na otarcia porodowe. Tworzą się strupy, które się nie dają zmyć. Co do pępowin, to one szybko zasychają, co własności wysuszającej tego środka przypisać należy.

Kol. Braun. Dermatol jest dzielnym środkiem wysuszającym i pod tym względem niema sobie równego, lecz jest słabym środkiem antyseptycznym. Świadczą o tém najlepiej doświadczenia nad otarciami, które, jeżeli są świeże i czyste, pokrywają się twardym strupem z dermatolu, pod którym tworzy się przybłonek, jeżeli zaś otarcia są zanieczyszczone, to pod strupem odbywa się dalej ropienie. Dlatego uważa dermatol za dobry środek na rany czyste powierzchowne, jak otarcia sromu po porodzie, powierzchowne owrzodzenia części pochwowej, lekkie i powierzchowne wrzody pępkowe, wyprzanie sromu i pod sutkami, u dzieci w pachwinach; nie widział zaś dobrego wyniku po dermatolu w przypadkach rozległego owrzodzenia części pochwowej, nowotworów, trypra pochwy i macicy, gdzie po zastosowaniu dermatolu jako gazy dermatolowej, widział całe płaty przybłonka pochwy odchodzące, a pod nimi i wrzody w pochwie, dalej przy wrzodach pępkowych zanieczyszczonych nie radzi go używać.

Kol. Cercha. Przypomina sobie przypadek oparzenia, gdzie dermatol działał bardzo dobrze.

Kol. Rosner. W przypadku rozległego oparzenia widział doskonały skutek po dermatolu.

Kol. Płaskowicki. Na otarcia używać należy dermatolu, jeżeli są świeże, bo po 3—4 dniach dermatol nie pomoże.

Kol. Świtalski. Co do zastosowania środka tego w dermatologii nic nie wspominam, bo to nie należy do tematu. Co do owrzodzeń pępkowych, to widział, że pod dermatolem dobrze i szybko się goiły. Co do zapalenia rzerzączkowego pochwy, to zauważył, że po zastosowaniu tamponów z dermatolem zmniejszała się ilość wydzieliny: przypadki te obserwowałem dotąd za krótko, żeby módz wydać sąd stanowczy. Co do działania prze-

ciwgnilnego, to, wnioskując z jego działania wysuszającego, trzeba mu przyznać działanie dodatnie i w tym kierunku, gdyż wysuszając, usuwa tém samém jeden z czynników (wilgoć), potrzebnych do rozwoju mikrobów. Nie dowierzając jego działaniu przeciwgnilnemu, dodaje 10% kwasu borowego. Nie używał przy wrzodach połogowych, pokrytych nalotem błonicowym, dermatolu i nie radzi go używać w tych razach, bo dermatol, przeszkadzając oddzielaniu się strupów nekrotycznych, upośledza przez to przebieg gojenia.

XLII. Posiedzenie z dnia 21 kwietnia 1893 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 8.

Porządek dzienny:

1) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że Dr. Neugebauer przesłał do Towarzystwa kilka rozprawek naukowych, przez siebie napisanych.

2) Kol. Kohn mówił: „O odcięciu części pochwowéj macicy metodą Borysowicza", demonstrując na odlewie glinianym sposób téj operacyi.

W dyskusyi zabierał głos kol. Przewodniczący, który stwierdził, że odcięcie części pochwowéj robi rzadko, gdyż, według jego doświadczenia, zastósowanie, choćby dłuższy czas, jodu na część pochwową, zupełnie na usunięcie tego cierpienia wystarcza. Zdaniem kol Przewodniczącego nadaje się tylko wydłużenie z przerostem części pochwowej do jej odcięcia i to wtedy, jeżeli dochodzi do takiego stopnia, że wywołuje przykre dolegliwości, jak ból podczas spółkowania i zawady podczas siedzenia. Co się tyczy nowotworów części pochwowéj, to usuwa się je w zwykły sposób.

3) Z kolei przedstawił kol. Kohn kilka narzędzi ginekologicznych i tak: 1) wziernik Bandla, który pozwolił sobie w ten sposób zmienić, że brzeg zewnętrznego wziernika okuł w stalową obrączkę z kilkoma sterczącymi sztyfcikami, dookoła których można okręcić drut, idący od krótkiego haczyka wbitego w część pochwową. W ten sposób ma część pochwową ściągniętą i ustaloną i może obecnie, czy to skrobać macicę, czy robić jaki inny zabieg bez większéj pomocy.

W dyskusyi zaznacza kol. Cercha, że wziernik nie da się w ten sposób stale umocować, bo się wysuwa po tylnéj ścianie pochwy.

Kol. Braun. Haczyk, podany przez kol. Kohna, jest gorszy od haczyka Simsa, zwykle wtedy używanego, który się tem

odznacza, że nie ma wygięcia szyjkowego, stąd wbić i wyjąć łatwiej się daje, a co najważniejsza, nie przeszkadza wprowadzeniu do przewodu szyjki narzędzi, jak łyżeczki, cewnika, co zapewne dzieje się z haczykiem kol. Kohna.

Kol. Rosner proponuje dać w miejsce drutu haczyk Simsa i ten dopiero przymocować do wziernika, gdyż rzeczywiście wyjęcie haczyka kol. Kohna jest trudniejsze i haczyk z drutem zasłania bardzo pole operacyjne.

Kol. Obaliński. Najwięcej zdaje się przeszkadzać drut w wzierniku skośnie przebiegający; może będzie lepiej użyć zamiast jednego dwóch wzierników i drut przeprowadzić między oboma, a wtedy nie będzie on przeszkadzał i zasłaniał pola operacyjnego.

2) Utrzymywacz nóg Ott'a, pozwalający lekarzowi w prywatnéj praktyce bez podtrzymywania nóg operowanéj przez asystentów, wykonywać operacye na pochwie i macicy. Utrzymywacz nóg nietylko podnosi nogi do góry, ale dozwala również oddalić nogi od siebie według upodobania.

3) Uciskadło (Klemzange) Ott'a, służące z dobrym skutkiem do utrzymywania pętli lub drenu, założonego na szyjkę macicy podczas amputacyi trzonu macicy drogą laparotomii.

Kol. Obaliński używa do tego bardzo chętnie uciskadła Thorntona.

4) Oryginalny wziernik Neugebauera należy do wzierników, jak wziernik Simsa.

Kol. Przewodniczący zaznacza, że wziernik pierwotny Naugebauera, jaki widział, kiedy Naugebauer pierwszy raz ten przyrząd przedstawił, tem się odznaczał, że miał brzegi łyżek grubsze i więcej zaokrąglone, niż później przez kol. Przewodniczącego sprowadzony wziernik dla kliniki krakowskiej tegoż autora. Uważa jednak, że wziernik ten ma tę wadę, że chcąc odsłonić dobrze część pochwową, trzeba z przodu łyżki do siebie zbliżyć, stąd pomimo dobrego odsłonięcia części pochwowéj, stożek światła, który wpada do pochwy, jest mniejszy, a przyczyną tego jest właśnie ścieśnienie otworu zewnętrznego.

Kol. Rosner raczej zaliczyłby go do wzierników listkowatych, jak wziernik Cusco i t. p.

5) Rozszerzadło maciczne Bischoffa, używane przez kol. Kohna do rozszerzania szyjki, w celu zabiegów leczniczych w jamie macicy.

Kol. Przewodniczący uważa przecież rozszerzadło Simsa za lepsze, raz, że do rozszerzenia wystarczy jedna ręka, podczas gdy u Bischoffa trzeba jedną ręką narzędzie trzymać, a drugą kręcić śrubą, zresztą rozszerzadłem Bischoffa rozszerza się w górze więcéj, niż w dole — a powinno być odwrotnie.

6) Maciczne antrophory Stefana, jakich używa w tym celu, aby można łatwo w prywatnej praktyce wprowadzić do przewodu szyjki różne środki lecznicze, jak lapis, siarkan miedziowy i t. p. Są to pręciki długie, cienkie i giętkie, wytworzone w ten sposób, że około drucika miedzianego, spiralnie zwiniętego, jest owinięta masa, w której skład wchodzi lek, który zastósować mamy. Sposób ten nadaje się tem więcéj, że wprowadzenie jest łatwe, a środek nie drogi, bo jeden pręcik kosztuje do 10 centów.

7) Strzykawkę własnego pomysłu (do wstrzykiwań wśródmiąższowych, np. w część pochwową), polegającą na tem, że do strzykawki Prawatza dodana jest długa cienka igła.

Kol. Przewodniczący podnosi, że taka strzykawka niczem się nie różni od strzykawek dotąd używanych, jak np. Thierscha.

8) Kuferek z narzędziami położniczemi własnego pomysłu, dość głęboki, w którym znajdują się narzędzia na szufladkach obitych atłasem, ułożonych jedne nad drugimi, przybory do szycia, opatrunki i leki.

9) Kanki maciczne Borysowicza, których używa w miejsce cewnika Bozemana Fritscha, a które o tyle jeszcze zmienił, że otwory na końcu cewnika otwierające się na zewnątrz zmienił na otwory wewnątrz leżące.

XLIII. Posiedzenie z dnia 9 maja 1893 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 9.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Rosner przedstawił: 1) preparat anatomiczny słoniowacizny napletka łechtaczki. Przed rokiem przedstawiał kol. R. w Towarzystwie osobę w 6-tym miesiącu ciąży z słoniowacizną sromu, wychodzącą z warg mniejszych i zajmującą całą okolicę łechtaczki. Co do postępowania leczniczego, były podówczas zdania podzielone. Kol. Kohn radził przystąpić zaraz do operacyi z obawy, aby guz nie uległ podczas porodu zmiażdżeniu i nie sprowadził złych następstw. Kol. przewodniczący radził czekać na poród, wychodząc z tego założenia, że guz ten nie będzie stanowił przeszkody porodowej.

Zapatrywania obu kolegów ziściły się po części, gdyż chora urodziła dobrowolnie, ale zmarła z powodu zakażenia połowego 11 dnia po porodzie, które to zakażenie miało powstać z owrzodzeń na słoniowaciznie, powstałych jeszcze podczas ciąży.

2) Przedstawił przypadek podobny powyższemu, t. j. kobietę dotkniętą również słoniowacizną sromu daleko posuniętą, lecz zachodzi różnica między tym przypadkiem, a powyższym, że tutaj słoniowacizna wychodzi z warg dużych sromowych i że jest to kobieta 32 lat licząca, nie ciężarna, od 2 lat nie miesiączkująca; podczas, gdy słoniowacizna pierwszego przypadku dotyczyła kobiety ciężarnej. Na związek między brakiem regularności a słoniowacizną zwracał uwagę Verth i nasz przypadek potwierdziłby jego zapatrywanie.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Obaliński. Ponieważ słoniowacizna w danym razie przedstawia się w postaci guzów ograniczonych, operacya wycięcia tychże da się łatwo uskutecznić, wszak u mężczyzn, gdzie słoniowacizna moszen dochodzi większych rozmiarów, da się operacya łatwo wykonać.

Kol. Kohn. Tutaj potrzeba i łechtaczkę usunąć, bo ta pozostawiona z czasem może również przeróść.

Koł. Przewodniczący. Mówiono tutaj tak, że gdyby się operowało wśród ciąży, toby chora nie była umarła, sądzę, że śmierć mogła nastąpić, czy był guz, lub czyby go nie było. Guz ten, jak przewidywałem, nie stanowił przeszkody porodowéj. Między tymi dwoma przypadknmi zachodzi jeszcze i ta różnica, że w pierwszym razie było stwardnienie jednostajne, w drugim jest jakby *sclerosis cutis* guz o powierzchni twardej, a na około obrzęk miękki. Zachodzi więc pytanie, czy to jest na pewne słoniowacizna?

Kol. Kohn. Guz w drugim przypadku nie ma powierzchni brodawkowéj, jak pierwszy, lecz pochodzić to może stąd, że jest sprawa chorobowa dosć wczesna, może i tutaj powstanie powierzchnia brodawkowata. Co do leczenia, to radziłby spróbować wstrzykiwań mięższowych *thiosinaminy*, jakiej używa ze skutkiem w przeroście zapalnym części pochwowéj macicy.

Kol. Przewodniczący. Możnaby ten guz nakłuwać w miejscach obrzęku i ciecz wygniatać, jak w zwykłym obrzęku warg, nadto smarować jodyną.

Kol. Świtalski zgadza się z rozpoznaniem K. Kohna i dodaje, że w ogóle mamy 2 formy *elephantiasis*, a mianowicie: *elephantiasis glabra* i *elephantiasis tuberosa*. W pierwszej formie, z którą mamy tu do czynienia, rozchodzi się o przerost skóry jednostajny, w drugiej formie ulega przerostowi głównie warstwa brodawkowata, stąd powierzchnia bywa nierówna, guzowata, lub brodawkowata.

Kol. Rosner. Kol. Kohn sądzi, że u drugiej choréj nie ma jeszcze powierzchni brodawkowatéj, bo sprawa chorobowa

jest wczesna; jest jednak przeciwnie: w drugim przypadku sprawa trwa dłużej, bo od 2 lat, w pierwszym powstała dopiero podczas ciąży i była świeża. Co do aetiologii przypuszcza, że świerzbiączka sromu i połączone z nią drapanie mogło w drugim przypadku dać powod do elephantiasis, gdyż chora dodaje, że od dłuższego czasu czuje mocne swędzenie i pieczenie w sromie.

3) Z kolei przedstawił kol. Cercha kobietę, u którėj wykonał cięcie cesarskie według metody Porry.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Kohn zgadza się na zabieg wykonany i na zapatrywanie, jakiego byli koledzy w klinice, co się tyczy wyboru zabiegu, ale nie zgadza się z ich logiką. Nie zgadza się z tą niechęcią, z jaką kol. Cercha mówił o wymóżdżeniu na płodzie żywym, bo to jest czułostkowość zupełnie przesadzona. O rozcięciu spojenia łonowego mowy nie było i wskazane było cięcie cesarskie od samego początku, bo wymóżdżenie w danym przypadku na płodzie żywym było niebezpieczniejsze. Że szypuła tak prędko odpadła, należy to zawdzięczyć dermatolowi i tej okoliczności, że wycięto ze środka szypuły lejek, przez co szypuła była cienka.

Kol. Braun. Jeżeli po cięciu cesarskiém, dokonaném dla ominięcia wymóżdżenia na płodzie żywym, otrzymujemy ostatecznie płód nieżywy, a nadto matka, przez wycięcie macicy, staje się raz na zawsze niepłodną, to musimy wynik podobny uważać za niepomyślny. Niewytłomaczona tutaj jest ta okoliczność, że stwierdziło kilku kolegów w chwili, kiedy chorą dostawiono do zakładu, bardzo głośne i wyraźne tętno, a nawet tuż przed samą operacyą na 10 minut słyszano cokolwiek zmienione, ale wyraźne tętno płodu. Z historyi choroby zaś słyszymy, że pomimo szybkiego rozcięcia powłok brzusznych i macicznych i następowego wydobycia płodu, wydobyto go nieżywym. Wobec tego trzeba przyjąć dwie możliwości, albo płód żył i obumarł dopiero wśród operacyi, z powodu jakiejś przyczyny, a wtedy było wskazanie do cięcia cesarskiego ze wskazania względnego, lub płód nie żył i tylko tętno matki przyspieszone wzięto za tętno płodu, a wtedy nie było wskazania do cięcia cesarskiego, tylko do wymóżdżenia.

Kol. Braun przyjmuje pierwszą ewentualność, bo nie ma podstawy powątpiewać, ażeby koledzy pomylili się w obsłuchiwaniu tętna płodowego i dla wyjaśnienia tak prędkiej śmierci płodu szuka przyczyny. Sądzi on, że płód żywy mógł w danym razie tak prędko obumrzeć, jeżeli szyja maciczna, w którėj leżała główka płodu, uległa mocnemu zesznurowaniu przez mocno zaciągnięty dren. Z doświadczenia w klinice krakowskiėj dodaje,

że nietylko dren mocno założony na szyjce macicznéj sprowadza po operacyi bardzo często krwotoki atoniczne, ale może on zacisnąć szyję płodu i sprowadzić śmierć pozorną lub rzeczywistą płodu. Z tego powodu radzi prof. Madurowicz założyć luźnie dren około szyi i otaczać szyjkę rękami, aby w razie krwotoku można rękami szyjkę ucisnąć.

Co do zakażenia, istniejącego wśród porodu, według oświadczenia kol. Cerchy, to wobec braku podniesionej ciepłoty, a przytem zupełnie aseptycznego przebiegu po operacyi, nie uważa tego zakażenia za silne lub ogólne, bo gdyby już jad był krążył w organizmie, to nawet wycięcie błony śluzowej szyjki, jak to kol. Cercha zrobił, nie byłoby tak nagle zakażenia usunięto. Sądzi, że tutaj była zmieniona tylko błona śluzowa i to szyjki, możeby przecież można było wykonać po wycięciu zmienionéj błony śluzowej macicy metodę Saengera.

Co do lejka, jaki powstał po odpadnięciu szypuły, to wobec tego, że był dość głęboki, bo jak kol. Cercha oświadcza, na kilka centymetrów, a przytem był pokryty czystemi ziarninami, nie byłby zostawił leczenia przez powolne zabliźnianie, lecz zeszyłby, przez to pozostałaby blizna gruba i chroniąca przed przepukliną brzuszną.

Kol. R o s n e r mówi, że może ktoś wymóżdżenie na dziecku żywem nazwać sentymentalizmem, ale ten sentymentalizm jest obecnie rozpowszechniony na cały świat; zresztą kol. Kohn pochwala naszą decyzyę, a to nam wystarcza.

Kol. Braun nazwał wynik operacyi niepomyślnym. Sądzę, że sąd ten jest zbyt ostry, wszak najważniejszemu zadaniu, ratować matkę, stało się zadość.

Zapewne, że wynik nie był idealny, ale mimo to można go nazwać dobrym. Zdaniem kol. Brauna, dren miał być przyczyną śmierci dziecka. Nie uchwycił dren ten szyi płodu napewne, a uciśnięcie szyi macicznej nie jest znowuż tak niebezpieczne. Widziałem trzy cięcia z drenem, przy których dzieci były żywe, a jedno nawet krzyczało przed wyjęciem z macicy. Zresztą dren był w naszym przypadku luźnie założony. Sądzi, że kol. Braun zakażenie bez gorączki widzieć musiał, bo i to bywa, a tylko bardzo szybkie tętno, jak tutaj, świadczyć może o zakażeniu. Nie można więc na podstawie braku gorączki wykluczać zakażenie. Co się w końcu tyczy uwagi kol. Brauna, co do szycia lejka po szypule, to nie sądzi, żeby to było potrzebne, bo i tak mamy bliznę grubą.

Kol. C e r c h a. Dren leżał bardzo luźnie i ściśnięto go dopiero po wyjęciu dziecka. Gdy mamy odchody cuchnące, błonę śluzową całej macicy szaro-zieloną, a tętno szybkie, to trzeba

koniecznie przyjąć zakażenie i nie można wtedy rezykować życia chorej.

Kol. Obaliński. Często widywałem zakażenie bez gorączki i tak *oedema acutam* Pirogoff'i, powstające po zmiażdżeniach kończyn, przebiega bez gorączki, ale tętno jest bardzo szybkie i małe, podobnie i po laparatomiach, gdy jest zakażenie, niema wysokiej gorączki, tylko tętno szybkie. W danym przypadku również mogło być zakażenie i sprowadzić śmierć dziecka.

Kol. Cercha. W przypadkach porodów zaniedbanych, w których do jamy macicy dostało się powietrze, zauważyć można, że płody nawet żywe, wydobyte bardzo prędko ginęły i dlatego tutaj przypuścić można, że zakążenie było przyczyną śmierci płodu.

Kol. Kohn. Kol. Braun nazywa wynik operacyi nawet teoretycznie niepomyślnym, ja zaś nazywam go praktycznie pomyślnym, bo i to jest korzystne, że matka niemająca macicy, a tak wąską miednicę, nie zajdzie w ciążę.

Kol. Braun poprzestaje na zaznaczeniu, że wynik po tej operacyi nie jest zupełnie pomyślny, jeżeli po cięciu cesarskiém względnem, otrzymujemy dziecko nieżywe i matkę pozbawioną macicy.

Co do blizny, jaka pozostanie po zagojeniu się lejka, to zawsze ona będzie cieńsza, aniżeli powstała ze zeszycia ścian lejka.

Kol. Kohn. W prywatnéj praktyce trudno obiecać, że w podobnym przypadku dostaniemy dziecko żywe i matkę płodną.

Kol. Cercha. Nieostrożny byłby lekarz, któryby przy cuchnących odchodach, takiém tętnie, obiecywał, że dziecko będzie zdrowe i zdrową zupełnie matka.

Rokowanie powinno zawsze w takich razach być wątpliwe, a lekarz zastrzedz się powinien. Wolę ja uratować na pewne matkę bez macicy, niż narażać ją na pewne niebezpieczeństwo, zostawiając jej macicę z objawami sprawy zapalnej zakaźnej, w nadziei, że to przecież może nie zakażenie.

XLIV. Posiedzenie z dnia 6 czerwca 1893 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 10.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Przewodniczący zapytuje, jak daleko postąpiła sprawa druku rocznika Towarzystwa ginekologicznego?

Kol. M a r s, jako sekretarz, oznajmia, że „Rocznik“ w tych dniach wyjdzie.

3) Kol. R o s n e r przedstawił tę samą chorą, którą okazywał w Towarzystwie ginekologicznem przed miesiącem ze słoniowacizną warg sromowych większych. Obecnie przedstawia chorą już po operacyi. Zabieg wykonał kol. Rosner 23-go maja 1893 w klinice. Naprzód odcięto wargę prawą, potem lewą, krwotok dość znaczny zatrzymano przez podwiązanie naczyń, założono dwa piętra szwów, jeden w głąb zapuszczony, katgutowy, kuśnierski, drugi łączący brzegi skóry, jedwabny, węzełkowaty. W kilku kanałach szwów było ropienie. Szwy wyjęto 30-go maja. Zauważono obrzęk warg zeszytych tak, że obawiano się nawrotu dawnego cierpienia. Obrzęku tego dotąd nie pozbyliśmy się, ale że po kąpielach nasiadowych obrzęk ten nieco się zmniejszył, żywimy nadzieję, że nawrotu nie będzie.

W dyskusyi zabiera głos kol. M a r s i radzi zostawić chorą dłużéj w klinice dla dalszéj obserwacyi.

Kol. C e r c h a sądzi, że jeżeli naciek po kapielach ustępuje, to z czasem ustąpi zupełnie.

4) Kol. J o r d a n w dyskusyi nad wykładem kol. Marsa „Wady sercowéj wśród porodu“ opowiada przypadek, gdzie chora, cierpiąca na wadę sercową po porodzie naturalnym, popadła nagle w gwałtowny zapad. Po porodzie płodu wyszło łożysko zaraz. W tej chwili wystąpiła na twarzy znaczna sinica, pot zimny, niepokój owładnął chorą i gwałtowny nastąpił bezdech.

Stan taki utrzymywał się przez 4 godziny i dopiero po takim czasie można było chorą opuścić. Uważa kol. Jordan ten przypadek za zator większego pnia naczyniowego w płucach.

Stósowano szczególnie środki podniecające i bańki. W dwa lata późniéj porodziła ta sama kobieta. Po porodzie wystąpił tylko lekki niepokój, zresztą połóg przeszedł gładko. Osoba ta nie wiedziała wcale o wadzie serca. Z tego wynika, że mimo to, iż wada serca niedawała żadnych objawów, to przecież może powstać podobne zaostrzenie sprawy wśród porodu. Radzi zawsze męża przestrzedz, aby porody odbywały się pod opieką lekarza.

Dalej zaznacza, że z powodu wad sercowych powstaje krwotok wśród ciąży i przytacza przypadek, gdzie u choréj, dotkniętéj wadą serca podczas każdego porodu (było ich 5) sprawa się zawsze pogarszała wśród ciąży i z wyjątkiem 2 razów zawsze chora ta roniła. Krwotoki trwały zawsze podczas ciąży.

Dlatego sądzi, że obok kiły i chorób narządu rodnego, uważać trzeba wadę serca za jednę z najczęstszych przyczyn poronienia nawykowego (*abortus habitualis*). Dwie inne chore z wadą serca 2 razy roniły, a w ostatnich ciążach donosiły, po-

nieważ akcyę serca uregulowano, z czego w końcu stawia wniosek, że uregulowanie akcyi serca, może w pewnych razach uchronić ciężarną od poronienia.

5) Kol. Cercha odczytał „Przyczynek do cięcia łonowego“, poczem nastąpiło przedstawienie chorej.

Minęły już, dzięki postępowaniu przeciwgnilnemu czasy, gdy ciężarne, szukające pomocy w zakładach położniczych, z obawą oczekiwały dnia porodu, gdy, mimo nieraz prawidłowego przebiegu, ginęły z gorączki połogowej, która dziesiątkowała położnice, osoby młode i zdrowe. Dziś ciężarna może ze spokojem oczekiwać chwili, w której ma spełnić wielkie powołanie kobiety, chwili, w której ma zostać matką. Mimo jednak tych świetnych zdobyczy i tryumfów, jakie nauka lekarska, jakie część jej operacyjna święci w dzisiejszych czasach, niejednokrotnie musi jeszcze niewiasta życie płodu swojem własnem opłacać a to wtedy, gdy skutkiem znaczniejszego niestósunku porodowego, poddać się musi zabiegowi operacyjnemu, który ma na celu rozwiązać matkę, ale zarazem ocalić i płód. Mam tu na myśli tego rodzaju niestósunek, gdzie płód żywy drogami naturalnemi urodzić się nie może, jedynie tylko płód pomniejszony. Jeżeli ścieśnienie przewodu rodnego jest tego rodzaju, że nawet pomniejszonego płodu nie można wydobyć bez narażenia matki na niebezpieczeństwo utraty życia, to położnikowi pozostaje jedna tylko droga, t. j. cięcie cesarskie, bez względu czy płód jest żywy, czy nie; operacya ta, bardzo dawna, zawsze w tych razach była wskazaną i wykonywaną, jak o tem wiemy z historyi położnictwa, wyniki jednak były dla matki bardzo niepomyślne. Jestto cięcie cesarskie wykonywane ze wskazania bezwzględnego, kiedy ścieśnienie przewodu kostnego jest takie, że najkrótszy wymiar wynosi mniej niż $5^1/_2$ cm.

Z biegiem czasu a mianowicie już w drugiej połowie naszego wieku, dzięki ulepszeniu metod cięcia cesarskiego podanego przez Porrę (1876) we Włoszech, który ogłosił sposób swój cięcia cesarskiego z wycięciem macicy, dzięki Saengerowi i Leopoldowi, których nazwiska w historyi cię-

cia cesarskiego złotemi zapisane są głoskami a którzy przez podanie ulepszonego sposobu zeszycia macicy, wprowadzili tę, dotąd taki postrach wzbudzającą operacyę, na nowe tory i wywalczyli jej prawo obywatelstwa, skoro się przekonano, że wyniki tej operacyi mogą iść w zawody z innemi tego rodzaju zabiegami położniczemi, wskazania do cięcia zaczęto rozszerzać i robiono je i tam, gdzie płód żywy pomniejszony mógł się urodzić. Dla ominięcia więc wymóżdżenia na płodzie żywym robiono cięcie cesarskie w tym przypadku dla wskazania względnego, oczywiście tylko wtedy, gdy czas do wzniecenia porodu przedwczesnego minął, t. j. z końcem ciąży. Sposobu tego używano przy miednicach ścieśnionych, gdzie najmniejszy wymiar wynosił $8^1/_2$—$5^1/_2$.

Mimo pomyślnych wyników, jakie otrzymywali niektórzy operatorowie w dobrze urządzonych zakładach, gdzie dały się przeprowadzić wszelkie wymagania postępowania przeciwgnilnego i bezgnilnego, zawsze cięcie cesarskie pozostało operacyą bardzo ciężką, na którą nie każda pisała się niewiasta. Nawet tacy operatorowie, którzy zakreślali najszersze pole wskazań cięciu cesarskiemu, jak n. p. Leopold, zawsze uważają otwieranie dwóch dróg nienaturalnych, t. j. jamy brzusznej i macicy za zabieg nader niebezpieczny i chętnie też zastąpiliby go innym, gdyby tylko wyniki były równie dobre. I tak mówi Leopold: „*So nothwendig der Kaiserschnitt bei unbedingter Anzeige ist, in den Fällen von bedingter Anzeige, von jeher, als ein höchst misslicher Nothbehelf gegolten und immer wieder die Aufmerksamkeit auf die geschickte Verwerthung der natürlichen Geburtswege gelenkt*“ [1]).

To też, jak dawniej kruszono kopie w obronie cięcia cesarskiego, tak dziś skoro się na horyzoncie pojawiła inna gwiazda a raczej weszła na nowo, dziś wszyscy z gorączkowym pośpiechem pełni entuzyazmu dla nowej lub raczej wznowionej operacyi, chcą ograniczyć *ad minimum* wskazania do cięcia cesarskiego ze wskazania względnego a zastąpić je nie równie łatwiejszem i mniej niebezpiecznem cięciem

---

[1]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 30. 1892.

łonowem (*symphyseotomia*). Gdy ten zabieg, dziś modny, coraz większe zyskuje uznanie, nawet między tymi, co pisząc prace o operacyach położniczych albo go pominęli, albo potępili, godzi się pokrótce wspomnieć o jego historyi.

Pierwszą myśl przecinania spojenia łonowego podał we Francyi w 1774 r. Sigault, naówczas jeszcze student uniwersytetu paryskiego a w czyn ją wprowadził w r. 1777 w Paryżu. Historya jednak wspomina, że już starożytni wiedzieli, że pierścień miedniczy kostny pod koniec ciąży i podczas porodu może się nieco rozszerzyć pod wpływem napierającej części poprzedającej, ba, nawet przecinać miano dziewczętom spojenie łonowe, aby im ułatwić sprawę porodu. Zdaje się, że Sigaultowi wzmianki te historyczne obcemi nie były. Po wykonaniu tej operacyi, po której matka i dziecko wyszły cało, Sigault stał się przedmiotem owacyi a wielu położników wykonało ją po nim z mniej lub więcej pomyślnym wynikiem.

O dalszym losie tego zabiegu rozstrzygnął słynny Baudelocque, który wydał o nim bardzo niekorzystny sąd, twierdząc, że albo matkę ocala się kosztem życia dziecka, lub dziecko kosztem życia matki; tam zaś, gdzie ocalono obydwoje, cięcie łonowe było zbyteczne; dalej zarzucał operacyi, że jeżeli osiągniemy dostateczny rozstęp, natenczas pękają więzadła krzyżowo-biodrowe a nawet stawy; tam zaś, gdzie tego niema, rozstęp jest za mały, aby przy znacznem ścieśnieniu wydobyć płód żywy; nadto obrażenia pęcherza, pochwy, sromu są następstwem tej operacyi.

Za Baudelocquem poszli inni i tak operacya Sigaulta poszła naprzód na tej ziemi, na której się zrodziła, prawie na całe sto lat w zapomnienie. W całej Europie potępiano ją tak, jakby już nigdy więcej nie miała podźwignąć głowy. Wszyscy autorowie, piszący podręczniki lub dzieła o operacyach położniczych, z pewną nawet dozą ironii wyrażają się o tej operacyi i tylko wspominają o niej ze stanowiska historycznego.

Dosyć wymienić nazwiska Baudelocqua, Dubois, Dezormeaua we Francyi, Negelego, Kiliana, Scanzoniego, Sie-

bolda, Fritscha, Kehrera w Niemczech; wszyscy oni wyrażają się o operacyi nieprzychylnie.

We Włoszech tylko przez całą setkę lat pozostał zabieg ten w spisie operacyj położniczych, co więcej, tu właściwie został po raz pierwszy na żywej osobie wykonany. Domenico Ferrara bawiący w r. 1774 w Paryżu, posłyszał z ust Sigaulta o cięciu łonowem i zaraz po powrocie wykonał je z pomyślnym wynikiem na ziemi włoskiej. Wytrwałość Włochów, ich badanie i doświadczenie dokonane na trupach, jak również pomyślne wyniki operacyj w szkole neapolitańskiej, na czele której stoją Moricani, Spinelli i Novi, sprawiły to, że od niedawna zabieg ten stał się przedmiotem roztrząsań naukowych, doświadczeń i badań nowych, stał się głównym tematem zjazdów ginekol. i ogólno lekarskich (Wrocław, Rzym 1893) i że z każdym dniem zyskuje coraz to nowych zwolenników między położnikami, że zabieg ten zapomniany, zrobił wielki przewrót w nauce o operacyach położniczych i ma wyrugować w zupełności wymóżdżenie na płodzie żywym a ograniczyć znacznie cięcie cesarskie ze wskazania względnego.

W ostatnich latach, gdy operacya ta we Włoszech narobiła rozgłosu, i Francya znowu zwróciła na nią uwagę i pracuje nad tem, aby jej zapewnić niczem nie odebrane laury zwycięstwa. W tej pracy najbardziej czynni są: Charpentier, Pinard, Varnier, Farabeuf. I Niemcy także nie pozostali w tyle za innymi; tu nawet ci, co przedtem należeli do zwolenników cięcia cesarskiego, przyznają dziś cięciu łonowemu wiele zalet i wykonywają je, wydając bezstronny sąd o wartości operacyi. Leopold, Freund, Zweifel, Wehle, Müllerheim i inni opisali przypadki cięcia łonowego, w których otrzymali powyślne wyniki.

Dziś prawie każdy dzień przynosi nam nowe spostrzeżenia; kliniki, jakby na wyścigi, jedna przed drugą chcą zebrać doświadczenia i na tej podstawie wydać wyrok a tem samem przyczynić się do ujęcia w pewną całość zaokrągloną wskazań i przeciwwskazań do wykonania cięcia łonowego. Tym tylko sposobem przejdzie zabieg przez próbę ogniową

i albo z niej wyjdzie zwycięsko, albo, tak jak to z wieloma dzieje się nowościami, zostanie tylko po niem wspomnienie.

Każdy też choćby najmniejszy przyczynek należy notować chętnie i skrzętnie; statystyka bowiem jedynie wykaże nam ziezaprzeczenie, czego się po operacyi spodziewać należy. Z niej przekonamy się o tem, jakie i kiedy właściwie istnieje wskazanie do operacyi; ona zakreśli tej operacyi pewne granice, których przekraczać się nie godzi, jeżeli nie chcemy albo matki poświęcić, albo narazić się na zarzut, że operowaliśmy tylko dlatego, aby operować. Dziś jest ona jeszcze za szczupłą; jednak, jak dotąd przedstawia się bardzo pomyślnie. Co będzie dalej, czas najlepiej okaże.

Aby módz choć w przybliżeniu postawić jakieś punkta odnoszące się do wskazań, muszę tu wspomnieć o zapatrywaniach się pod tym względem przynajmniej wybitniejszych operatorów od czasu powstania operacyi aż do dni ostatnich.

Ferrara i Sigault nie określają ściśle wskazań; wykonywali oni cięcie łonowe w takich przypadkach, w których poprzednie porody odbywały się bardzo ciężko a dzieci zawsze były nieżywe; były to więc przypadki znaczniejszego niestósunku porodowego.

Ponieważ zabieg przez następny szereg lat poszedł w zapomnienie, przeto też nikt nie zastanawiał się nad wskazaniami i w podręcznikach czyta się zwykle, że tam, gdzie trzeba przystąpić do wymóżdżenia na płodzie żywym, można wykonać cięcie cesarskie dla wskazania względnego, albo operacyę polegającą na przecięciu spojenia łonowego, lecz zaraz znajduje się mały dodatek, że ten ostatni zabieg raz już powinien być wyrugowanym z liczby operacyj położniczych. Ponieważ tylko Włosi pracowali wytrwale i nie dali się odstraszyć i ponieważ neapolitańska szkoła jest tem schroniskiem, w którem zabieg się ostał, przeto z tej szkoły wyszły poglądy oparte na doświadczeniu a ztąd szkoła ta zakreśliła ściślejsze granice, w których zabieg można wykonać z pomyślnym wynikiem dla obu istot.

Za Moricanim, przedstawicielem poglądów uniwersytetu i za Nowim, przedstawicielem poglądów szpitalnych w Neapolu — poglądy te różnią się od siebie nieco co do rozciągłości granic wskazań — poszli dopiero Francuzi i Niemcy, którzy ogłaszając przypadki operowane, dodawali ze swej strony pewne uwagi, mające na celu albo ugruntowanie poglądów autorów włoskich, albo też ograniczenie i ścieśnienie granic wskazania.

Zapatrywania się na cięcie łonowe i wskazania do niego szkoły neapolitańskiej, przedstawił w pracy swej Charpentier (*De la symphyséotomie. 1892*), przy czem przedstawił nam w ogóle postępowanie przy niestósunku porodowym. W pracy tej, która jest wynikiem pobytu jego we Włoszech, gdzie miał sposobność w rozmowie poznać poglądy Moricaniego I Noviego, gdzie naocznie przekonał się o wynikach po tej operacyi, przytacza on w zwężeniach miednicy dwa rodzaje przypadków.

1) Skoro ciąża nie dobiegła do kresu, należy wywołać poród przedwczesny w okresie, gdy płód zdolny już jest do życia pozamacicznego. W ten sposób ocalamy dziecko, matkę zaś uwalniamy od następstw, jakie towarzyszą długotrwałemu porodowi.

2) Jeżeli poród odbywa się na czasie a kleszczami lub obrotem nie można go ukończyć pomyślnie, to albo należy płód pomniejszyć albo wykonać cięcie cesarskie. Pomniejszając płód, ratujemy matkę kosztem życia dziecka; cięcie cesarskie zaś, mimo znakomitych ulepszeń, zawsze pozostanie operacyą poważną (9% śmiertelności Leopold).

Ideałem naszych dążeń powinna być, mówi Charpentier, operacya pozwalająca uratować i dziecko i matkę. Operacyi takiej dziś nie mamy, ale mamy coś bardzo do niej zbliżonego, t. j. cięcie łonowe.

Jeżeli cięcie łonowe ma spełnić swoje zadanie, to należy się zapytać, czy po jego wykonaniu rozmiary miednicy się powiększają? Że tak jest, to mamy dowód w pracach Bouchacourta, Pinarda, Palossana, Varniera i Farabeufa. — Udowodnili oni na zwłokach kobiet, że po przecięciu spo-

jenia wszystkie wymiary i wchodu jamy miednicy małej się powiększają.

Pinard na podstawie swych badań przyszedł do następujących wniosków, które zbiły dumne zapatrywania wypowiedziane przez Baudelocqua.

1) Powiększenie wymiarów miednicy po przecięciu spojenia łonowego jest dosyć znaczne.

2) W pewnych granicach i umiejętnie wykonane cięcie łonowe, nie wywołuje szkodliwych następstw, szczególnie pęknięcia stawów krzyżowo-biodrowych.

Teraz powracam do wskazań, jakie zakreśla szkoła neapolitańska dla cięcia łonowego i do różnicy, jaka zachodzi między uniwersytetem a szpitalem.

Moricani, przedstawiciel uniwersytetu, jako granicę w której można wykonać z pomyślnym skutkiem cięcie łonowe, stawia miednice, których wymiar prosty wchodu wynosi 8·8—6·7 a nawet 6·5 cm. Poniżej tej granicy wykonywa on cięcie cesarskie; jest to zasada, od której pod żadnym nie odstępuje warunkiem. Novi, przedstawiciel szpitala, idzie dalej i robi operacyę jeszcze tam, gdzie wymiar prosty wynosi 5·4 cm. Nadto chętnie łączy się cięcie łonowe z wywołaniem przedwczesnego porodu lub wymóżdżenie z cięciem lonowem, gdy płód jest nieżywy, aby ominąć cięcie cesarskie. Obydwaj jednak godzą się na to, że miednica nie powinna być zbyt ścieśniona, bo wtedy, nawet po dokonaniu cięcia łonowego, operacya kleszczowa lub wydobycie płodu za nóżki, pozostaną tak dla matki jak i dla płodu niebezpieczne, nie osiągniemy więc zamierzonego celu; z drugiej strony musi istnieć pewnego stopnia ścieśnienie, aby operator nie naraził się na zarzut, że dokonał cięcia łonowego tam, gdzie poród odbyć się mógł siłami natury lub innym łatwiejszym zabiegiem. Dziecko naturalnie powinno być żywe, bo cięcie łonowe ma na celu ocalenie płodu.

To byłyby mniej więcej zasady wskazań szkoły neapolitańskiej. A teraz muszę przytoczyć zdania autorów i operatorów innych, którzy, może z mniejszym entuzyazmem, i powiem, z pewnem niedowierzaniem przystępowali do ope-

racyi, a przez to sąd ich o zabiegu możemy uważać za bezstronny.

Francuzi, idąc za zdaniem Charpentiera, który w barwach różowych odmalował cięcie łonowe, wszyscy bez wyjątku oddają pochwały tej operacyi.

W pracach niemieckich i rosyjskich operatorów już widać pewien zwrot, już widać w nich pewne sztuczne zastrzeżenia, które tę dobrą mają stronę, że w krytyczny i przedmiotowy sposób, jak przez sito przepuszczają to, co zdrowe i racyonalne, a odrzucają, co nie może ostać się wobec krytyki. Jakie są ich poglądy, to najlepszą miarą będą własne ich słowa, przytoczone w odnoszących się do tego artykułach; naturalnie wspomnę tylko o ważniejszych i tak:

Leopold [1]): Cięcie łonowe powinno w przypadkach, gdzie po kleszczach i obrocie nie możemy spodziewać się skutku pomyślnego, wyrugować wymożdżenie na płodzie żywym i cięcie cesarskie dla wskazania względnego. Z dwóch przypadków, które ogłasza, nabrał tego przekonania, że cięcie cesarskie robić należy tylko wtedy, gdy najkrótszy wymiar jest mniejszy niż 6 cm., a płód jest donoszony.

Operacya zdaniem Leopolda jest bardzo łatwa; po przecięciu rozchodzę się kości aż na 7 cm., a płód z największą łatwością urodzić można kleszczami. (W drugim przypadku wymiar prosty wchodu wynosił $6^3/_4$ cm., a obwód czaszki płodu $35^1/_4$ cm.).

Jeżeli według obliczeń Baudelocqua i Girauda przyjmiemy, że po rozejściu się kości na 7 cm., wymiar prosty powiększy się o 1 i 12 cm., to jeszcze trudno pojąć, jak główka, której wymiar poprzeczny wynosił $8^1/_4$ i $9^3/_4$, tak łatwo przeszła przez przewód kostny, którego wymiar prosty wchodu wynosił pierwotnie 6·75.

Nie należy też według Leopolda przecinać więzadła łukowego, ba, nawet całego spojenia: wystarczy, jak mówi, tyle drzwi uchylić, ile potrzeba. Aleź nawet przez niezupełnie otwarte podwoje można się dostać na zewnątrz, tylko

---

[1]) Centrbl. f. Gynaekol. Nr. 30. 1892. 586—587.

pytanie, co się stanie w takim razie z drzwiami, lub z tym, co się za nie siłą dostał?

Z pracy Müllerheima[1]), asystenta kliniki prof. Freunda w Sztrasburgu, przytoczyć wypada co następuje: Autor wspomina, że mimo pomyślnych wyników, jakie otrzymali operatorowie włoscy w ostatnich 25 latach, operacya nie zyskała sobie aż do ostatnich czasów prawa obywatelstwa, a to dlatego, że literatura lat poprzednich potępiła ten zabieg zupełnie, ponieważ następstwa takie, jak zropienie stawu, utrudnienie chodu, przetoki moczowe, były prawie nieuniknione; autor widzi w tem błąd raczej operatora i brak postępowania czystego, niż błąd samej operacyi. Powiada on, że ruchomość w spojeniu łonowem i spojeniach krzyżowo-biodrowych podczas ciąży i porodu jest taka, że i przecięcie spojenia szkody przynieść nie może; nie mogę pojąć, jak może być wszystko jedno, czy ja dren elastyczny naciągnę, lub też czy go w jednem miejscu przetnę?

Wprawdzie przyznaje, że przy znacznem rozstąpieniu się spojenia mogą pęknąć stawy krzyżowo biodrowe, ale też powinniśmy się starać, aby nie przekroczyć granicy elastyczności więzów krzyżowo-biodrowych; a czy mamy pod tym względem jakieś *criterium?* Nie. Autor także go nie podaje. Mówi dalej, że przed operacyą należy zbadać dokładnie ruchomość spojenia łonowego i spojeń krzyżowo-biodrowych i tak ocenić, czy można wykonać cięcie łonowe, czy nie. W jaki to sposób robią w klinice prof. Freunda, lub jak to autor ocenia, to czytający ma sobie w duszy dośpiewać.

Autor mówi dalej, że ten zabieg można jeszcze wykonać bezpiecznie i z wynikiem pomyślnym w tym czasie, gdy już cięcie cesarskie daje wyniki złe, t. j. po odpływie wód, gdy szyja macicy zbyt wyciągnięta, a nawet, gdy mamy już objawy zakażenia. Zgadzamy się z nim co do dwóch pierwszych punktów, ale zastrzegamy co do ostatniego, bo cięcie łonowe robimy przecież w tym celu, aby płód ocalić, a jakie on ma warunki, gdy już jest zakażenie, to dobrze

[1]) Centrbl. f. Gynaekol. Nr. 30. 1892. 588—597.

my wiemy; autor zaś nic o tem nie wspomina. A już wcale nie można się z autorem zgodzić na to, że operacya jest tak łatwą, że nie wymaga wyćwiczonej asysty. Nie możemy pojąć, jak bez ostatniej wyglądać będą spojenia krzyżowo-biodrowe i z jakim spokojem będzie autor operował, gdy rodzącą usypiać będzie położna, rodzina lub służba?

Velits[1]) z Preszburga, w artykule swoim podziela zdanie Leopolda i Müllerheima, ba, nawet chętnie widziałby operacyę oddaną w ręce lekarzy praktykujących; uprzedził więc pod tym względem prof. Zweifla z Lipska, który na zjeździe ostatnim ginekologów niemieckich w Wrocławiu wypowiedział to samo zdanie, lecz znalazł też wielu takich, co nietylko przeciw temu wystąpili (prof. Chrobak), ale nawet wogóle o cięciu łonowem nie tak korzystny sąd wydali; tak to bywa z każdą nowością; dziś już, gdy zebrano większą liczbę przypadków, zaczyna powstawać pewien odczyn, zapał słabnie, a i świetna statystyka Spinellego straciła na wartości, gdy się dowiadujemy, że śmiertelność matek wynosi po wyżej 10%.

A teraz co mówi o cięciu łonowem prof. Zweifel[2]) przy sposobności przedstawienia chorej w Towarzystwie położniczo-ginekologicznem w Lipsku 17 października 1892 r. Matka w trzy tygodnie po operacyi była zupełnie zdrowa, dziecię zaś umarło dnia czwartego z powodu zapalenia płuc. Najlepiej jest przecinać całe spojenie i więzadło łukowe, a nie iść za radą Leopolda, bo inaczej wydobycie płodu jest trudne, a krwotok z przerwanych żył bardzo znaczny powstrzymać należy najlepiej przez okłucie. Jeżeli pociągania kleszczami są silne, to spojenia krzyżowo biodrowe są w wielkiem niebezpieczeństwie. Zakładanie podczas operacyi na miednicę pasa elastycznego, jak radzi Freund, Müllerheim, uważa Zweifel za niepraktyczne; lepiej, jeżeli asystenci uciskają na okolicę krętarzy. Opanowanie krwotoku może sprawiać wielkie trudności.

---

[1]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 40. 1892. S. 778—781.
[2]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 44. 1892. S. 859—865.

Najważniejsze z całej pracy Zweifla są wnioski, jakie wysnuwa z wyniku jednego przypadku, a które przecież nie idą tak daleko, jak to prof. Zweifel uczynił na ostatnim zjeździe we Wrocławiu, polecając operacyę lekarzom w praktyce prywatnej; powiedziałbym nawet, że w pierwszéj téj pracy prof. Zweifel zastrzega się, że z jednego przypadku trudno wydawać sąd o zabiegu, jakkolwiek i tam już wspomina, że przebieg operacyi i wynik zrobił na nim niezwykle pomyślne wrażenie, że przeszedł jego oczekiwanie. Prawdziwą niespodzianką było dla niego to, że już po 19 dniach spojenie się zrosło, a kobieta chodziła bardzo dobrze, że podczas operacyi spojenie rozeszło się tak znacznie, a że spojenia krzyżowo-biodrowe nie były zupełnie zagrożone, rzecz, o której dawniej powątpiewano, a którą nawet anatomowie liczyli do niemożliwości. Jednak zaraz później mówi, że, jeżeli odstęp wynosi 6½ cm., to wtedy już spojenia krzyżowo-biodrowe są w wielkiem niebezpieczeństwie. To też operatorowie, którzy cięcie łonowe wykonywać będą w zwężeniach trzeciego stopnia, muszą myśleć o pęknięciu spojenia krzyżowo-biodrowego; pęknięcia takie zdarzyć się mogą, a czy one lepiej przebiegać będą wobec postępowania przeciwgnilnego, powiedzieć się nie da. W każdym razie chore takie skazane będą na długie cierpienia; w daleko więc gorszem znajdą się położeniu, niż po cięciu cesarskiem. Ta ostatnia okoliczność, t. j. pęknięcie spojenia krzyżowo-biodrowego, musi stanowić dla cięcia łonowego zaporę na drodze do zyskania sobie obywatelstwa, chyba, że wskażemy granicę, poza którą niebezpieczeństwo dla spojenia krzyżowo-biodrowego jest nieuniknione, a tej granicy nie przekroczymy.

W przypadku Krassowskiego [1]) nauczyć się możemy, że mimo wszelkiej ostrożności po przecięciu spojenia, gdy płód silnie kleszczami pociągamy, może pęknąć spojenie krzyżowo-biodrowe. W jego przypadku rozeszło się spojenie na 6½ cm., a przytem pękło prawe spojenie krzyżowo-biodrowe. Nadto wspomnieć wypada o przedarciu prze-

---

[1]) Centrblt. f. Gyn. Nr. 5. 1893. S. 82—83.

dniej ściany pochwy palcem asystenta, który chcąc wepchnąć przednią luźną ścianę pochwy do rany, przedarł ją. Takie przedarcia są po cięciu łonowem prawie nieuniknione, szczególniej w razie silnego pociągania kleszczami; tkanki bowiem, które w zwykłych okolicznościach mają podstawę w spojeniu, gdy to po przecięciu się rozejdzie, tracą podstawę, wpuklają się do rozstępu i łatwo rozległemu ulegają rozdarciu. Krassowski w końcu swej pracy tak mówi o cięciu łonowem: Dotychczasowe wyniki pozwalają dobrą wróżyć przyszłość cięciu łonowemu. Trzeba tylko przez dawnych operatorów postawione wskazania przejrzeć krytycznie, co można uskutecznić dopiero na podstawie znacznie większej liczby przypadków. Obecnie sądzi, że tam należy je wykonywać, gdzie istnieje wskazanie do wymóżdżenia płodu żywego, lub do cięcia cesarskiego ze wskazania względnego. Zawsze uważa cięcie łonowe za zabieg nieobojętny, po którym mogą powstać uszkodzenia części miękkich, a szczególniej pęcherza, dalej, że krwotok z ciał jamistych łechtaczki może być znaczny, na co zresztą wszyscy operatorowie zwracają uwagę. Zakładanie kleszczy przed operacyą i silne pociągania uważa za nieodpowiednie.

O przypadkach Schwartza [1], a szczególniej o pierwszym, który, zdaniem mojem, nie dawał wskazania do cięcia łonowego, (chodziło bowiem o wydobycie oderwanej główki idącej na ostatek) chyba tylko dlatego wspomnę, aby powziąć miarę, jakie sobie można tworzyć wskazania, gdy się chce wykonać operacyę, a innego przypadku niema pod ręką. Wszak mamy inne utrwalone i pewne metody wydobycia główki płodu nieżywego, zwłaszcza gdy wymiar prosty wchodu, jak w przypadku Schwartza, wynosił $8\frac{1}{2}$—9. Drugi przypadek zakończył się niepomyślnie tak dla dziecka, jak i dla matki. Dziecko umarło podczas pociągania za nóżki, matka z powodu zapalenia otrzewnej. Operowano z powodu ścieśnienia. Wymiar prosty wchodu 6 cm.

---

[1]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 5. 1893.

L e b i e d i e w [1]), opisując swój przypadek cięcia łonowego, nie podziela zdania tych autorów, którzy utrzymują, że ono może w przyszłości, wobec ścieśnień miednicy średniego stopnia, wyrugować cięcie cesarskie, ponieważ 1) nie jest ono ani łatwiejsze, ani wygodniejsze od cięcia cesarskiego, 2) krwawienie, powstałe z pęknięcia ciał jamistych łechtaczki, bywa bardzo obfite i trudne do tamowania, zwłaszcza, gdy się idzie za wskazówką Leopolda i nie przecina całego spojenia; gdy bowiem przy silnych pociąganiach reszta pęka, powstaje tem gwałtowniejszy krwotok; 3) obok dobrych wyników są i smutne, np. przetoki pęcherzowo-pochwowe i cewkowo-pochwowe, zacieki moczowe, ropienie tkanki miedniczej; nie radzi więc zapalać się do zabiegu i operować tylko w średnich stopniach ścieśnień, zwłaszcza wobec miednicy ogólnie ścieśnionej.

Przypadek R e g n i e r a [2]) z kliniki prof. Chrobaka o tyle jest ciekawy, że wykonano zabieg u wieloródki, którą przy pierwszym porodzie rozwiązał prof. Breisky za pomocą cięcia cesarskiego. Autor rozprawy twierdzi, że przypadek ten potwierdza wprawdzie twierdzenie Leopolda, że należy ograniczyć cięcie cesarskie, ale nie w tym stopniu, że należy je wykonywać tylko wobec bezwzględnego ścieśnienia miednicy, albowiem możemy się znaleść wobec ścieśnienia miednicy w stopniu średnim, a zatem mamy wskazanie do cięcia łonowego, a przecież musimy wykonać cięcie cesarskie, ponieważ drogi miękkie nie są dostatecznie przygotowane, a stan matki wymaga natychmiastowego ukończenia porodu. Dalej zwraca autor uwagę na myśl Chrobaka, że należałoby się zastanowić nad wskazaniem do cięcia łonowego, jako operacyi przygotowawczej do wymóżdżenia lub podzielenia płodu, używanego wobec bezwzględnego ścieśnienia miednicy. Nie należy też zapominać o wieku rodzącej, a to ze względu na większą lub mniejszą ruchomość stawów.

---

[1]) Wracz. Nr. 4. 1893.
[2]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 6. 1893. 108—111.

O przypadku B a u m m a [1]) muszę wspomnieć dlatego już, że jest bardzo a bardzo podobny do naszego. Zejście dla płodu dobre, dla matki nie tak pomyślne z powodu następstw. Przypadek ten znowu nie odpowiada tym świetnym wynikom, o jakich ustawicznie słyszymy. Gdyby tylko wszystkie mniej pomyślne ogłaszać chciano! a leży to w interesie nauki.

Cięcie łonowe wykonano w tym przypadku u pierwiastki. Wymiar prosty wchodu $8^3/_4$. Kleszcze po przecięciu spojenia; główka przeszła łatwo, lecz usłyszano szelest, jak w przypadku Krassowskiego. Zniszczenie części miękich było znaczne, oderwanie cewki moczowej od reszty pęcherza i oderwanie łechtaczki, krwotok znaczny, zeszycie uszkodzeń, połóg ze zboczeniami, ruchomość kości spojenia łonowego.

E k s t e i n [2]) uważa cięcie łonowe przy pomocy odpowiedniej, wprawnej asysty za operacyę niezbyt trudną i mimo, że matka zmarła najprawdopodobniej z posocznicy, radzi zawsze wykonywać cięcie łonowe w tych razach, gdzie wskazaneby było wymóżdżenie na płodzie żywym.

K a s c h k a r o f f [3]) doszedł na podstawie operacyi dwóch przypadków do następujących wniosków. Należy rozstrzygnąć przed operacyą, czy mamy przed sobą przypadek, że tak powiem, czysty, czy też, że zakażenia nie możemy wykluczyć; od tego bowiem zależy rokowanie po cięciu łonowem. Śmiertelność dzieci po cięciu łonowem, po którem najczęściej następuje jeszcze inny zabieg, musi być większa, niż po cięciu cesarskiem; uważa też cięcie cesarskie tak dla matki, jak dla płodu, za operacyę więcej zachowawczą. Cięcia łonowego nie uważa też za zabieg, idący w zawody z cięciem cesarskiem ze wskazania względnego, lecz za operacyę walczącą o lepsze z wymóżdżeniem na płodzie żywym. W przypadkach, gdzie zakażenie wykluczyć można, gdzie matka chce mieć dziecię żywe i na cięcie cesarskie się zgadza,

---

[1]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 14. 1893. S. 301—306.
[2]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 19. 1893. S. 441—446.
[3]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 19. 1893. S. 446—450.

nigdy nie radzi robić cięcia łonowego; w przeciwnym razie, gdy zakażenia wykluczyć nie można, daje pierwszeństwo cięciu łonowemu przed wymóżdżeniem płodu żywego. Chociaż to ostatnie (wymóżdżenie płodu żywego) należało już dawno wykreślić z rzędu operacyj, to przecież cięcie cesarskie nie zdołało go zupełnie wyrugować, bądź z powodu trudnych okoliczności, w jakich operuje lekarz na prowincyi, bądź też z powodu obaw rodziny przed cięciem cesarskiem. Autor sądzi, że właśnie w tym razie dla cięcia łonowego otwiera się najgłówniejsze wskazanie.

A teraz jeszcze słów kilka o dyskusyi, jaka się toczyła na ostatnim zjeździe ginekologów w Wrocławiu w przedmiocie cięcia łonowego.

Referował Zweifel z Lipska. Na podstawie 14 przypadków wypowiada referent zdanie swoje o tym zabiegu. Matki wszystkie uratowano, dwoje dzieci umarło zaraz po porodzie. Zweifel twierdzi, że po przecięciu najlepiej zostawić przebieg porodu siłom natury. Przyznaje, że krwotok z ciał jamistych łechtaczki bywa znaczny, przyznaje, że założenie szwów kostnych jest trudne, że leczenie po operacyi jest żmudne, że często powstaje niemożność utrzymania moczu, że obrażenia części miękkich są znaczne, że w połogu gorączka należy prawie do reguły, ale mimo to obstaje przy twierdzeniu, że cięcie łonowe jest świetną zdobyczą w zakresie operacyj położniczych i że operacyę można oddać w ręce praktyków.

W ożywionej bardzo dyskusyi Leopold z Drezdna, ten sam, co niedawno bronił operacyi, nie podziela zdania referenta i twierdzi, że cięcie łonowe nie zyska sobie nigdy prawa obywatelstwa, a to z powodu niemiłych powikłań po operacyi. — Chrobak z Wiednia podnosi zarzuty przeciw operacyi, a mianowicie: 1) uszkodzenia części miękkich są niebezpieczne; 2) występuje często gorączka (Chrobak stracił jeden przypadek); 3) potrzebuje wprawnej i licznej asysty i w tym względzie nie ustępuje cięciu cesarskiemu. — Frommel z Erlangi wspomina o przypadku cięcia łonowego, gdzie nastąpiło zropienie kości miednicy, a chora leżała

cztery miesiące. — Fehling z Bazylei podziela zdanie poprzednich, twierdząc, że leczenie po operacyi z powodu obrażeń trwa nieraz miesiącami. — Schauta z Wiednia zwraca uwagę, że po cięciu cesarskiem mamy wyniki świetne i stawia je znacznie wyżej, niż cięcie łonowe, i on stracił jednę chorą; sądzi, że, gdy wymiar prosty mniej niż 7 cm. wynosi, o cięciu łonowem nawet myśleć nie można. — Olshausen z Berlina również nie unosi się nad zabiegiem, a to z powodu obrażeń podczas wydobywania płodu i nawet mimo największych ostrożności. Nie rozumie on, że są operatorowie, co radzą, aby nie przecinać więzadła łukowego, a wszak dopiero po jego przecięciu otrzymujemy rozstęp na 5—6 cm.; jeżeli zaś nie przecinamy, to rozstęp wynosi najwyżej 2 cm. Koffer z Wiednia, który wykonał 10 razy cięcie łonowe i stracił dwie matki z powodu ropnego zapalenia tkanki łącznej miedniczej, także nie świetną rokuje przyszłość operacyi, a to z tych samych powodów, co i poprzedni mówcy.

Tak więc Zweifel jedyny zaleca gorąco operacyę, chociaż po pierwszych przypadkach, jak to wyżej przytoczyłem, zajął stanowisko najwięcej ze wszystkich wyczekujące i z wielkiem zastrzeżeniem pisał o korzyściach operacyi.

W ten sposób wspomniawszy o zapatrywaniach różnych operatorów co do wskazań i wartości zabiegu, przystępuję do opisania historyi naszego przypadku, a w końcu starać się będę, o ile możności, podać to, co za, a co przeciw operacyi przemawia i wśród jakich okoliczności możemy dobrego oczekiwać po niej wyniku.

Dnia 14. lutego 1893 r. wieczorem zgłosiła się do kliniki położniczej G. R., lat 27, stanu wolnego, ze wsi T., i podaje, że w dzieciństwie nie chorowała na żadne ciężkie choroby, że zaczęła miesiączkować prawidłowo w 17. roku życia. Ostatnia regularność prawidłowa była w pierwszej połowie kwietnia 1892 r. Podaje, że jest w ciąży. Bóle wystąpiły dnia 13. lutego wieczorem i do chwili przyjęcia powtarzają się ciągle często, a są bardzo mocne. W ciąży czuła się zupełnie zdrową.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e. Osoba średniego wzrostu, odżywienie dobre, budowa kośćca nie przedstawia na pierwsze wejrzenie żadnych zmian. Ciepłota nie podwyższona, tętno 96. Na twarzy widać lekkie zmęczenie. W sutkach, które zachowują się tak, jak u osoby, która nie rodziła, podwyższenie czynności. Brzuch mocno wypuklony wzdłuż i ku przodowi kopułowato tak, że między wzgórkiem łonowym a wyżej leżącemi powłokami tworzy się bruzda. Wypuklenie to pochodzi od macicy, która jest powiększona stósownie do końca ciąży i ku przodowi pochylona (*venter propendens*). Wymiary macicy: Od spojenia do pępka 24, do granicy górnej 44 cm. Nad spojeniem nieco większe wypuklenie. Tu i nieco na lewo czuć główkę dużą, twardą, ruchomą (balotującą), opór większy po stronie lewej, macica kurczy się od czasu do czasu, a rodząca jęczy, tętno płodu słyszalne, lecz niezbyt głośne, na lewo. Chełbotanie wyraźniejsze, niż zwykle.

B a d a n i e w e w n ę t r z n e. Srom, wejście po pochwy i pochwa jak u pierwiastki, nic nie przedstawiają osobliwego. Część pochwowa zanikła, ujście zupełnie rozwarte, z ujścia aż do próżni sięga pęcherz napięty, z dużą ilością wód poprzedzających, za wodą główka nad wchodem i na lewo, w pauzie da się nad wchód zepchnąć, lecz do wchodu nie można jej wprowadzić z powodu dużej ilości wód. Do wzgórka kości krzyżowej dochodzi się łatwiej. Badanie wymiaru przekątnego wchodu (*con. diagonalis*) wykazuje $9 — 9^1/_2$. Wymiary miednicy są następujące: Wymiar kolcowy (*dist. spinalis*) 25 cm. Wymiar grzebieniowy (*dist. cristalis*) 29 cm. Wymiar zewnętrzny (*conj. Baudelocqui*) $17^1/_2$ cm. Wymiar krętarzy (*dist. trochanterica*) $30^1/_2$ cm. Wym. przekąt. wchodu (*con. diagon*) $9 — 9^1/_2$. Wymiar prosty wchodu (*con. vera.*) $8 — 8^1/_2$.

R o z p o z n a n i e. Pierwiastka, rodząca na czasie. Położenie czaszkowe, postawa pierwsza, nieustalona, ścieśnienie miednicy drugiego stopnia, miednica płaska niekrzywicza, znaczna ilość wód płodowych, koniec pierwszego okresu. Wobec tego, że mieliśmy przed sobą pierwiastkę, że bóle porodowe były prawidłowe, że ścieśnienie miednicy odnosiło

się tylko do jednego wymiaru, że mieliśmy znaczną ilość wód płodowych, a główka dała się w czasie pauzy wprowadzić nad wchód, nie mogliśmy inaczej postąpić, jak tylko zająć stanowisko wyczekujące i pozostawić, jak to w naszej szkole czynimy, poród siłom natury, to jest otworzyć pęcherz, założyć opaskę na brzuch i wyczekiwać, czy bóle porodowe nie zdołają przeprzeć główki przez ścieśnione miejsce, co nie należy w tym stopniu ścieśnienia do rzadkości, a dopiero w razie niebezpieczeństwa grożącego płodowi lub matce uciec się do zabiegu operacyjnego. Jedna tylko okoliczność, a mianowicie wielkość główki, która rzeczywiście w nas wzbudziła pewne wątpliwości co do pomyślnego dalszego przebiego porodu, osłabiała nieco plan naszego postępowania zwykle pomyślnym uwieńczony skutkiem tak, że nie mogliśmy się pozbyć myśli, iż przeszkody, jaką główka stawiać będzie podczas dalszego przebiegu sprawy porodowej, nie pokonają, siły skurczów macicy, bo kości czaszki twarde, szwy wąskie, główka plaska, kazały przypuszczać, że główka nie będzie się dobrze stósować do ścieśnionych wymiarów miednicy. Z drugiej zaś strony niestósunek, który mógł ztąd wyniknąć, nie wydawał się tego rodzaju, aby nas uprawniał do odstąpienia od zasady i do wkraczania natychmiastowego w prawa natury. Zapewne, że gdyby przed nami była wieloródka, której przeszłość położnicza dałaby nam wyjaśnienie co do przebiegu poprzednich porodów, to niezawodnie wpłynęłoby to na powzięcie innego planu.

Nie mając zaś żadnych danych, rozumowaliśmy, opierając się na codziennem doświadczeniu w ten sposób: Jeżeli po otworzeniu pęcherza główka się ustali, to bóle silne przeprowadzą ją przez miejsce ścieśnione i poród może się zakończyć siłami natury; jeżeli zaś nie, lub jeżeli główka wskutek braku zdolności stósowania się będzie stawiać wielkie trudności, to kleszczami wysokiemi, a już łatwo po wykonaniu cięcia łonowego, będziemy mogli płód urodzić. Otóż to cięcie łonowe, modne a tak niewinne, że z opisów, których nie brak w ostatnim roku w pismach zawodowych, zdaje się, że można je wykonać u każdej rodzącej bez szkody, a celem

łatwiejszego ukończenia porodu, tak jest łatwe, i myśmy mieli na myśli i przyznać należy, żeśmy tylko czekali od niejakiego czasu na sposobność, aby wykonać tę, tak zachwaloną operacyę i przekonać się o tych zbawiennych a świetnych wynikach tak dla płodu, jak i dla matki. Czy nasze nadzieje co do cięcia łonowego tak przez tych nawet, co o niem dawniej niekorzystny sąd wydali, a po cięciu cesarskiem rzeczywiście świetne mieli wyniki i o rozszerzenie wskazań do tej ostatniej operacyi kopie kruszyli (Leopold), czy nadzieje nasze, mówię, ziściły się, to opis przebiegu operacyi, jej wyniku, leczenia pooperacyjnego, a wreszcie i stanu operowanej w 3 miesiące po porodzie, same za siebie mówić będą.

Wracam teraz znowu do naszej rodzącej. Zgodnie z planem, jakiśmy ułożyli, wobec zupełnego rozwarcia ujścia, otworzyliśmy pęcherz, poczem główka zeszła nad wchód, ale tak, że tylko mały jej odcinek, a mianowicie kość boczna prawa, znajdywała się pod wchodem; teraz tem pewniej mogliśmy przekonać się o wielkości główki, o twardości kości, tak, że wątpliwości wyrażone co do pomyślnego przebiegu porodu z jednej strony, a myśl wykonania cięcia łonowego celem urodzenia płodu żywego zaczęły coraz wyraźniejsze przybierać zarysy; za wygrane jednak nie daliśmy, stan matki i płodu był dobry, więc postanowiono czekać. I jakiż był dalszy przebieg porodu?

Noc z 14 na 15 przeszła dosyć spokojnie, bóle występywały od czasu do czasu, ale nie zbyt mocne, w przerwach rodząca zasypiała. W nocy polecono co 2 godziny kąpiel nasiadową letnią, a wzięła ich rodząca do rana trzy. Podawano też rodzącej w nocy wino i mocny rosół.

Badanie 15 lutego rano wykazało stan następujący: Ciepłota prawidłowa, tętno 90 dobrze napięte, rodząca nieco więcej zmęczona. Macica od czasu do czasu kurczy się, główka płodu duża, twarda, większym odcinkiem daje się wybadać nad wchodem, wypukla też przednią ścianę macicy nad spojeniem łonowem; pierścień Schroedera wybadać można jako bruzdę nad spojeniem na 2 — 3 palców. Tętno płodu po stronie lewej 120 — 130 na minutę, regularne i wyraźne.

B a d a n i e   w e w n ę t r z n e. Ściany pochwy dobrze pulchne, ciepłota w pochwie niepodwyższona. Części pochwowej nie ma, ujście, które dnia poprzedniego było prawie zupełnie rozwarte, teraz z powodu obrzmienia brzegów, a szczególniej wargi przedniej i z powodu zapadnięcia się po otworzeniu pęcherza, wydaje się jakby nieco mniej rozwarte, np. na wielkość talara, brzeg przedni grubszy, niż tylny, który też trudniej można wybadać. Główka, na której można wybadać szew strzałkowy, zbliżony więcej do wzgórka kości krzyżowej, poprzecznie przebiegający, małym odcinkiem wstąpiła do wchodu i to tylko kość boczna prawa, gdy lewa znajduje się ponad wzgórkiem, a zatem główka zeszła niewiele więcej, niż dnia poprzedniego. Kości twarde mało co zachodzą na siebie, szwy wązkie, ciemiona małe. Na kości bocznej przodującej (prawej) zaczyna się wytwarzać obrzęk poprzedzający (przedgłowie), do którego przylegają zbrzękłe brzegi ujścia. Na palcu śluz bez smolki; cuchnienia niema.

Ponieważ stan ani matki, ani płodu nie budził żadnych obaw, ponieważ doświadczenie uczy, że po słabych skurczach siły macicy wobec przeszkód nieraz wzmagają się i wtedy natura nadspodziewanie pokonywa przeszkody, postanowiono jeszcze wyczekiwać czas jakiś, pilnie zważając na każdą zmianę, któraby mogła być zapowiedzią niebezpieczeństwa grożącego płodowi lub matce, aby wtedy udzielić czynnej pomocy. Rodzącą skrzepiano środkami wzmacniającemi i podano jej kąpiel pełną i kilka nasiadowych.

Tu muszę nadmienić, że jak z jednej strony już w tej chwili nie tuszyliśmy sobie, aby poród ten zakończył się dobrowolnie, za czem przemawiał dotychczasowy jego przebieg, przecież nie chcieliśmy z drugiej strony teraz już przystąpić do operacyi, bośmy nie mogli zupełnie pozbyć się tej myśli, że jeżeli nie siłami natury, to przynajmniej łatwiejszym zabiegiem, niżby to było możebnem w tej chwili, będziemy mogli rozwiązać matkę.

Stan rodzącej, badanej w południe, o tyle się zmienił, że przedgłowie wzrosło, że tętno płodu nieco było wolniejsze, choć regularne, 100—120 na minutę. Główka pozostała

mimo skurczów na tem samem miejscu; pozornie jednak zdawało się, że stoi niżej, a to o tyle, o ile wzrosło przedgłowie. Na tę okoliczność zwracam uwagę szczególną, mogłaby ona mniej wprawnego wprowadzić w błąd, a ztąd stać się przyczyną fałszywych wniosków. Stan matki także się pogorszył, tętno stało się szybsze do 100 na minutę, a na twarzy malowało się znaczne zmęczenie.

Teraz już nie mogliśmy się dłużej łudzić, że się obejdzie bez zabiegu operacyjnego i ułożyliśmy plan następujący: Ponieważ mamy znaczny niestósunek porodowy, którego siły natury bez narażenia matki i płodu na niebezpieczeństwo utraty życia nie przezwyciężą, dalsze wyczekiwanie jest już niemożliwe, albowiem w tej chwili (4 godzina po południu) tętno matki 104, ciepłota 38·1, chociaż bez dreszczu. Tętno płodu 100 wskazówką jest najlepszą, że trzeba matkę rozwiązać; przeto mamy następujące sposoby do osiągnięcia tego celu. Przedewszystkiem należy starać się ocalić i matkę i płód, a to albo przez założenie kleszczy wysoko i wydobycie płodu, albo, gdyby nas kleszcze zawiodły, zmniejszyć niestósunek przez rozcięcie spojenia łonowego i wtedy wyciągnąć płód kleszczami. Dalej mogliśmy się uciec do cięcia cesarskiego i tym sposobem ocalić i matkę i płód, ale przy tem stopniu zwężenia (*conjugata vera* 8—8$^1/_2$) i ponieważ poród trwał już długo, co według niektórych (Schauta) pogarsza rokowanie cięcia cesarskiego, odstąpiliśmy od tej myśli, a chcąc się przekonać o skutku zachwalanego i modnego cięcia łonowego, które w tym stopniu ścieśnienia ma być i łatwe i ocala na pewne i płód i matkę, postanowiliśmy po założeniu kleszczy i jednem silnem pociągnięciu, gdyby się okazało, że główka na jednem i tem samem pozostaje miejscu, wykonać cięcie łonowe (*symphyseotomia*).

O godzinie 6$^1/_2$ wieczorzm, w uśpieniu chloroformowem przystąpił prof. Madurowicz do rozwiązania rodzącej.

Po dokładnem ogoleniu wzgórka łonowego i sromu, obmyciu mydłem i rozczynem sublimatu 1$^0/_{00}$ dolnej okolicy brzucha, sromu i wewnętrznej powierzchni ud, ułożono rodzącą na łóżku poprzecznem, następnie przepłukano pochwę

5% kwasem karbolowym i mocz odprowadzono. W uśpieniu chloroformowem, założono kleszcze Madurowicza na główce poprzecznie we wchodzie ustawionej i ścianami szyi macicy jeszcze objętej, przyczem przekonano się, że trzonki łyżek daleko od siebie odstają, co przemawiało za znaczną objętością główki. Macicę pobudzano do skurczów przez przykładanie zimnych okładów na brzuch i wykonano podczas bólu dwa silne pociągnięcia ku dołowi; gdy zaś te okazały się bezskuteczne, a przytem brzegi ujścia bardzo były napięte, ponacinano ujście po bokach nożyczkami w tej nadziei, że ono może stanowić zawadę; kiedy i ten zabieg okazał się bezskutecznym, wtedy zwolniono kleszcze, otwierając je w zamku i przystąpiono do wykonania cięcia łanowego. Przecięto skalpelem części miękkie w linii środkowej, zaczynając na centymetr powyżej górnego brzegu spojenia łonowego a kończąc cięcie na 2 cm. powyżej łechtaczki. Następnie włożono do pęcherza cewnik metalowy, aby był niejako drogoskazem i odsuwał pęcherz ku tyłowi. Dalej odpreparowano przyczepienia mięśni prostych i piramidalnych brzucha o tyle, aby palec wskazujący ręki lewej mógł wejść po za spojenie łonowe, poczem zwykłym nożem gałkowatym zaczęto od góry i tyłu przecinać chrząstkę spojenia łonowego ku dołowi i przodowi. Idąc za radą Leopolda, nie przecinaliśmy więzadła łukowego.

To postępowanie nie zaleca się dlatego, ponieważ, skoro podczas wydobywania płodu reszta części nieprzeciętych pęka, powstaje z naczyń ciał jamistych łechtaczki dość obfity krwotok, który należy opanować najlepiej przez okłucie lub przez zatykanie gazą jodoformową; tak się stało w naszym przypadku. Za przecięciem górnej połowy spojenia nie było wcale krwawienia. Po przecięciu, a nawet już podczas tego, rozstąpiły się kości spojenia na ½ — 1 cm., już wtedy pomocnicy wywierali rękami ucisk na boki miednicy w okolicy krętarzy, co szczególniej ważnem jest w chwili, gdy wyciągamy główkę kleszczami, lub wytaczamy ją po obrocie. Taki ucisk ma zapobiegać naciągnięciu lub przerwaniu więzadeł krzyżowo-biodrowych przednich, ba nawet złamaniu stawów

krzyżowo-biodrowych, jak to zdarzyło się nieraz, a w ostatnich czasach prof. Krassowskiemu w Petersburgu. Po przecięciu spojenia, mimo bólów, główka nie zeszła do próżni; przeto znowu zamknięto kleszcze, które podczas całej operacyi pozostały na główce. Po jednem silnem pociągnięciu główka zeszła do próżni, a wtedy odstęp brzegów kości powiększył się z pewnością na 5 — 6 cm.; pomocnicy, uciskając na okolice krętarzy, starali się zbliżyć kości do siebie. To jedno pociągnięcie nie wystarczyło jednak do wydobycia główki, która, posunąwszy się do próżni, a nawet do cieśni, stała poprzecznie; dlatego przesunięto łyżki kleszczy w wymiar miednicy ukośny prawy i w następnem pociąganiu dokonano zwrotu główki, poczem starano się wytoczyć potylicę płodu pod spojenie; w tej chwili właśnie pękła reszta części miękkich, przyczem powstał dosyć obfity krwotok. Miejsca broczące zatkano na razie; kiedy już wytaczano główkę po międzykroczu, gdy zatem już większy odcinek znajdował się w szparze sromowej, usłyszano rodzaj szelestu i w tej chwili główkę wytoczono; po chwili i boczki, a za nimi i cały płód urodził się. Ponieważ krwawiły brzegi poszarpane dolnej części rany, przeto odklejono i wydobyto natychmiast ręcznie łożysko. Na tem zakończono operacyę, mającą na celu rozwiązanie matki. Płód płci męzkiej był dobrze rozwinięty, cechy prawie nadmiernego, przenoszonego okazujący; urodził się dosyć mocno omdlały, jednak w niespełna 10 minut docucono się go i oddano pod opiekę akuszerki zakładowej.

Do tej chwili zdawało się, że wszystko jeszcze pomyślnie przebiega, ale teraz straszny widok przedstawił się oczom naszym; mieliśmy, jak się wyraził prof. Madurowicz, przed sobą „kobietę, rozpłataną od górnego brzegu spojenia aż do otworu niemal stolcowego“. Otóż podczas wytaczania główki pękła reszta części miękkich, ale, co więcej, pękła szyja głęboko, po prawej stronie pękła pochwa od sklepienia prawego ku dołowi, pęcherz moczowy po prawej stronie od przodu i to poprzecznie tak, ze na przejściu między pęcherzem a cewką ta ostatnia była poprzecznie oddzielona i wraz z oderwaną łechtaczką przesunięta na lewo. Słowem było to zniszczenie,

jakich się często nie widzi w tej okolicy, chyba po przejechaniu lub spadnięciu ze znacznej wysokości na przedmiot ostry lub sterczący.

Wobec tego trzeba było przystąpić do zeszycia tych uszkodzeń, a rzeczywiście w pierwszej chwili, gdy jeszcze było krwawienie, które zatamowano przez okłucie, trzeba było dobrze się zastanowić, aby się znaleść w tych stósunkach, zwłaszcza, że rana to była gnieciona o brzegach poszarpanych, krwią podbiegłych, a tkanki były kruche, jakby rozpadające się. Powoli i z rozwagą zeszyto naprzód pękniętą szyję, potem oderwaną cewkę złączono z pęcherzem i zaszyto rozdarcie pęcherza na ścianie prawej, a od przodu zaszyto ranę pochwy, poczem przyszyto łechtaczkę i nareszcie zeszyto według zasad międzykrocze. W pęcherzu pozostawiono cewnik Nełatona komornem; pod spojenie łonowe a między nie i przednią ścianę macicy wsunięto pasek gazy, następnie zaszyto części miękkie szwami katgutowymi podwójnymi, przyczem pomocnicy zbliżyli brzegi spojenia prawie zupełnie. W końcu założono kilka szwów głębokich, jedwabnych, skórnych, założono opatrunek antyseptyczny i bandarz z organtyny mocno uciskający. Chorą ułożono spokojnie na wznak w łóżku. Cała operacya trwała 2 godziny, z czego lwia część przypada na leczenie operacyjne uszkodzeń powstałych podczas operacyi. Chora cały ten przeciąg czasu spała dobrze, a przypadków podczas chloroformowania nie było żadnych.

Po ukończeniu operacyi i ułożeniu matki w spokoju, zajęto się noworodkiem, który krzyczał mocno i poruszał się żwawo. Na główce niepomiarowej kość boczna prawa jest wypuklona, podczas gdy lewa jest bardzo spłaszczona; kości na siebie prawie zupełnie nie zachodzą. Na twarzy w okolicy ucha odgniecenie od łyżek.

P o m i a r y d z i e c k a: Waga ciała 3640 gr.
Długość ciała 51 cm.
Obwód czaszki odpowiadający wymiarowi prostemu 38 cm.!

Wymiar poprzeczny przedni $9\frac{1}{2}$ cm.
" " tylny $10\frac{1}{2}$ "

Wymiar przodowo-tylny (czoło-potylicowy) $12^1/_2$ cm.
„ ukośny duży (bródko-potylicowy) 14 „
„ barków 13 „

Przebieg pooperacyjny: 16. lutego pierwszy dzień połogu. Przez noc chora spała nieźle, skarży się tylko na pieczenie w częściach rodnych. Ciepłota 37·0, tętno 120. Cewnik pozostawiono w pęcherzu komornem. Wieczór ciepłota 38·0, bez dreszczu, tętno 130; skarży się na znaczne bóle w okolicy bioder, co przypisać należy uciskowi od opaski, mocz odpływa przez cewnik do podstawionego naczynia, jest nieco krwawy. Podano makowiec (*opium*) w postaci czopka i przecięto opaskę krochmalną a założono zwykłą organtynową.

17. lutego, drugi dzień połogu. Warga większa prawa nieco obrzmiała, równie jak i okolica międzykrocza. Nad spojeniem w miejscu rany zeszytej znaczniejszego obrzęku niema; okolica rany za dotykaniem bolesna. Ciepłota 37·2, tętno 118. Wieczorem ciepłota 37·6, tętno 112.

Taki stan bez zmiany trwa do 20. lutego.

20. lutego, t. j. w 4 dni, wieczorem ciepłota 38·5, tętno 116. Okolica rany zaczerwieniona, obrzękła; również widać znaczny obrzęk na prawej wardze sromowej większej. Strzęp gazy pod spojenie łonowe założony moczem przesiąkł, pościel również nie jest sucha, lecz moczem zwilżona; z pochwy idą prawidłowe odchody połogowe. Chora miała o godzinie 4. po południu dreszczyki. Dziecię, które zupełnie jest zdrowe, oddała matka na wychowanie na wieś.

23. lutego. Siódmy dzień połogu. Rano ciepłota 38·0, wieczorem 39·4, tętno 136. Brzegi rany zaczerwienione odstają od siebie, a między drugim a trzecim szwem wypływa przez ranę w spojeniu mocz; opatrunek tak dobrze jak i pościel moczem przesiąkłe.

Z tej przyczyny, jak również i dlatego, że chora skarży się na bóle w okolicy łopatek biodrowych, zdjęto ostrożnie opatrunek dotychczasowy, a założono świeży i ściągnięto miednicę opaską elastyczną.

25. lutego. Dziesiąty dzień połogu. Chora skarży się na ból pochodzący od ucisku opaski, na odpływanie moczu przez pochwę i na ból w kości krzyżowej i oświadcza, że w tej pozycyi dłużej leżeć nie może. Ciepłota rano 37·8, wieczór 39·0, tętno 116.

Rana rozeszła się w górze, czyli trzy szwy jedwabne leżą na spojeniu luźnie; dwa dolne trzymają się dobrze i tu rana zgojona doraźnie. Przez górną ranę wycieka mocz, a przez szczelinę między brzegami kości łonowych na $^1/_2$—1 cm. widać otwartą przednią ścianę pęcherza. Trzy szwy górne wyjęto. Również usunięto strzęp gazy jodoformowej pod spojenie wsuniętej. Obrzęk sromu znacznie mniejszy; w przedsionku przyszyta łechtaczka zgojona doraźnie — przez cewnik wypływa do naczynia tylko mała ilość moczu — reszta górą i przez pochwę; mocz zupełnie czysty. Międzykrocze zgojone doraźnie. Chorą ułożono na poduszce gumowej, wypełnionej powietrzem.

Z tego, co dotychczas spostrzeżono w przebiegu połogu, musieliśmy przyjść do przekonania, że mamy do czynienia z przetoką na przedniej ścianie pochwy, że brzegi rany się rozeszły, że kości nie przylegają w spojeniu do siebie, że przetoka komunikuje przez szczelinę w spojeniu z raną z jednej strony, a z drugiej z pochwą, której przednia ściana więcej na prawo była przerwana, że mamy do czynienia z naciekiem moczowym. Nabraliśmy przekonania, że wskutek tego powikłania, nawet wobec najpomyślniejszego przebiegu, pozostanie przetoka na przedniej ścianie pęcherza, której wyleczenie nie należy do łatwych zadań operacyjnej ginekologii.

Od dnia 27. lutego do 8. marca nie zaszło w stanie chorej nic nadzwyczajnego; tylko wskutek podwyższenia ciepłoty, która wieczorami dochodziła aż do 40°, chora czuła się znacznie osłabioną. Mocz odchodzi w największej ilości ze szpary sromowej; rana skórna i szczelina pomiędzy kośćmi wypełnia się obficie ziarniną. Obrzęk rany i sromu ustąpił. Chora może poruszać kończynami i nie doznaje przy tem bólu, ani w spojeniu, ani w okolicy krzyżowo-biodrowej. Tak

przy ruchach czynnych, jak i przy biernych, można wyczuć, że końce kości łonowych nieco się poruszają.

Od 8. do 19. marca stan ogólny i miejscowy znacznie lepszy. Ciepłota rano w tym czasie nie przekracza 37·3, tętno najwięcej 100. Wieczorami wahała się ciepłota między 37·4 a 39·4, tętno pomiędzy 100 a 140. Apetyt lepszy, wejrzenie znacznie lepsze.

S t a n m i e j s c o w y: Rana spojenia pokryta ziarniną obficie stanowi tylko zagłębienie dołkowate, od brzegów pokrywające się przyskórkiem. W samym środku zagłębienia otwór wielkości grochu, z którego wydziela się mocz w bardzo małej ilości; szpary między brzegami kości łonowych nie widać, tem mniej przetoki na przedniej ścianie pochwy. Podczas ruchów kończyn, tak biernych, jak i czynnych, końce kości łonowych prawie nic się nie poruszają. Obrzęk sromu ustąpił. Międzykrocze zgojone. Badanie przez pochwę wykazuje, że wejście do niej mierne szerokie; na przedniej ścianie pochwy, więcej na prawo, blizna idąca aż do sklepienia. Część pochwowa z wrębem znacznym po stronie prawej, z którym łączy się owa blizna w pochwie; na przedniej ścianie pochwy niema przerwy ciągłości. Oglądając przedsionek widzimy, że co do barwy zmian nie przedstawia. Ujście cewki, przez które cewnik do pęcherza wchodzi, zdaje się być prawidłowe; obok ujścia cewki, na lewo w przedsionku, jest szczelina, przez którą wypływa mocz; szczelina ta idzie wzdłuż bocznej ściany pochwy do przewodu, przez który możemy dostać się aż do owego dołka nad spojeniem opisanego, ale na zewnątrz nie można wyprowadzić cewnika, bo pokrywa dołek ów blonka cieniutka, jakby z tkanki granulacyjnej wytworzona. Zgłębnik wprowadzony przez cewkę do pęcherza spotyka się z cewnikiem, wprowadzonym przez szczelinę bezpośrednio. Macica leży w kierunku prawidłowym i wielkość jej jest prawidłowa. Sklepienia nie przedstawiają nic nieprawidłowego.

Od 19. marca do 3. maja stan bezgorączkowy, odżywienie coraz lepsze, a co za tem idzie, i siły. Rana w spojeniu pod wpływem maści lapisowej zgojona zupełnie; chora

próbuje od 17. kwietnia wstawać i chodzi, przyczem przekonać się można, że chód nie jest utrudniony, a chora nie doznaje przy tem dolegliwości; jeżeli się ją bada w postawie stojącej, to czuć od tyłu spojenia jakby wał twardy, a brzegi kości przy unoszeniu to jednej, to drugiej kończyny dolnej nie poruszają się. Chora bierze kąpiele i pije co dzień 180·0 gr. odwaru kory chinowej. Mocz ciągle, choć w mniejszej ilości, wycieka ze szpary sromowej.

Dnia 13. maja dostała chora dreszczów i bólu w boku lewym w pasze; badanie wykazało obrzęk zimniczy śledziony świeży i lekkie zapalenie opłucny po stronie lewej w pasze. Stan ten pod wpływem dużych dawek salicylanu sodowego i chininy ustąpił w kilka dni.

Bez względu, jaki będzie dalszy los chorej, zawsze nie jest godzien zazdrości, bo chociażby przetokę w najlepszym razie zaszyć się udało, co wobec tego, że jest na przedniej ścianie, na znaczne napotyka trudności, to już to samo, że poród był w lutym, a chora opuści zakład nie wcześniej, jak w lipcu, nie świadczy dobrze o operacyi, po której podobne powikłania mogą się wydarzyć.

Stan ogólny, jak na teraz, jest zadawalający; chora wygląda dobrze, apetyt ma dobry, z każdym dniem zyskuje na wadze, nie ma wreszcie, co jest bardzo ważną rzeczą, upośledzenia w chodzeniu, ani nie doznaje przy tem żadnych dolegliwości, ale jednak czuje się mimo tego wszystkiego nieszczęśliwą z powodu przetoki, która u osób nawet w starszym wieku jest kalectwem, a cóż dopiero u osoby młodej, która żyć musi z pracy rąk własnych. Przetoka ta czyni ją na razie do pracy zupełnie niezdolną. Przy badaniu zewnętrznem widać w miejscu spojenia łonowego na skórze bliznę gwiazdkowatą, twardą, zrosłą z kością. Przy oglądaniu sromu widzimy, że ujście cewki moczowej jest nieco na lewo przesunięte; obok cewki po stronie prawej jest szczelina, na dnie której widać mały otwór otoczony ziarniną; z otworu tego wylewa się mocz. Cewka jest drożna, a cewnik wchodzi w kierunku prawidłowym. Zgłębnik maciczny, wprowadzony do szczeliny, wchodzi przez otwór wysoko, jednak nie styka

się z cewnikiem bezpośrednio; po zgłębniku spływa mocz. Na międzykroczu jest blizna. W pochwie mamy po stronie prawej, więcej od przodu, bliznę podłużną, idącą aż do sklepienia prawego, z nią zrosła jest część pochwowa od strony prawej. Część pochwowa do spojenia zbliżona. Dalsza część macicy w sklepieniu tylnem, nieco na lewo; macica niepowiększona da się podnieść, ale zaraz opada, bo blizna ciągnie część pochwową ku przodowi. Przerwy ciągłości w pochwie niema. W sklepieniach niema zresztą nic nieprawidłowego. Jeżeli trzymamy palec w pochwie na okolicy spojenia łonowego i każemy chorej podnosić naprzemian kończyny dolne, to nie można wykazać znaczniejszej ruchomości w spojeniu łonowem.

Opisawszy przebieg porodu i operacyi, opisawszy przebieg połogu, przynajmniej jego najważniejsze chwile, pozostaje mi jeszcze zastanowić się nad tem, czy w naszym przypadku cięcie łonowe da się usprawiedliwić i czy inny zabieg operacyjny nie byłby zdołał bez narażenia matki na takie, wprawdzie nie niebezpieczne, ale bardzo niemiłe następstwa ocalić i matkę i dziecko.

Co do pytania, czy w danym przypadku cięcie łonowe było wskazane, odpowiedzieć musimy: *tak*. Wszak mamy miednicę, której sprzężna wynosi $8^1/_2$ cm., czyli 85 milimetrów, a toć przecie leży ten wymiar nieco tylko poniżej granicy, jaką podaje we wskazaniach Morisani i Charpentier, ale mógłby ktoś powiedzieć, że przecież w tym stopniu ścieśnienia nieraz płód rodzi się donoszony bez pomocy, a i my byliśmy tego samego zdania przed pęknięciem pęcherza; ta zaś okoliczność, że podczas badania w kilka godzin nabraliśmy przekonania, że główka jest zbyt twarda i duża, że zdolność zastósowania się jej jest nadzwyczaj mała, co też w rzeczywistości było, jeżeli po tylu godzinach i przy takich bólach niewiele poród postąpił, nasnnąć nam musiała po założeniu kleszczy myśl tak zachwalanego cięcia łonowego. Z tejże samej przyczyny, że nieraz siły natury pokonać mogą, zwłaszcza u pierwiastek, wielkie nieraz zapory, nie przystąpiliśmy odrazu do obrotu, jak to chętnie czynimy mając przed

sobą wieloródkę z przeszłością położniczą, świadczącą, że porody poprzednie w położeniach główkowych dały wynik niekorzystny, nie wykonaliśmy, mówię, obrotu, lecz otworzyliśmy pęcherz i pozostawiliśmy dalszy przebieg porodu siłom natury.

Mógłby ktoś nam zrobić zarzut, że kiedyśmy już nabrali pewności, że poród dobrowolnie się nie ukończy i mieliśmy przygotowanie do cięcia łonowego, dlaczego zakładaliśmy kleszcze? Otóż na to tylko tyle: kleszczami nieraz przezwyciężamy wielkie przeszkody pomyślnie — musi to przyznać nawet najdoświadczeńszy położnik, że są przypadki, w którychby przysiągł, że operacya będzie łatwa, że urodzi płód szybko, a właśnie w tym razie okazuje się, że tylko po bardzo silnych pociąganiach i to kilku lub kilkunastu zdoła płód wydobyć; i naodwrót nieraz tylko niechętnie bierze kleszcze w rękę, przekonany, że to zabieg daremny, a tu po 2 — 3 niesilnych pociąganiach rodzi płód żywy. Otóż myśmy tak powiedzieli: jedno lub dwa pociągania nic nie zaszkodzą, a my będziemy mieli czyste sumienie, że cięcie łonowe było konieczne i uchronimy się od zarzutu, wypowiedzianego jeszcze przez Baudeloqua, że tam, gdzie po cięciu łonowem wynik jest pomyślny i dla matki i dla płodu, tam ono nie było potrzebne, a to zyskaliśmy, że po cięciu odrazu mogliśmy płód wyciągnąć, skoro już kleszcze leżały na główce.

Nareszcie powie ktoś, dlaczego nie robiliście cięcia cesarskiego? Na to tyle: Zamałe ścieśnienie, takiego niestósunku nie mogliśmy wczas przypuszczać, a później już było zapóźno, już chwila stosowna dla cięcia minęła; a zresztą idąc za radą Leopolda, tego samego, co niedawno jeszcze dla cięcia cesarskiego zakreślał szerokie granice wskazań, a dziś w takich przypadkach stawia wyżej cięcie łonowe, jako operacyę łatwą, pewną, chcieliśmy się przekonać o słuszności tego twierdzenia i swem doświadczeniem dołożyć jednę cegiełkę do nowo budującego się gmachu z napisem: *Cięcie łonowe.*

Tem, co wyżej wspomniałem, usprawiedliwiłem, dlaczego nie robiono innych zabiegów, któreby mogły ocalić

i matkę i dziecko. I tak obrotu nie robiono dlatego, że to była pierwiastka ze ścieśnieniem, przy którem dzieci rodzą się nieraz łatwo w położeniu czaszkowem; kleszczy próbowaliśmy bez skutku, nie chcieliśmy wymóżdżać płodu żywego, a wobec tego stopnia ścieśnienia, woleliśmy wybrać cięcie łonowe, niż cięcie cesarskie. Żeśmy dobrze uczynili, świadczy o tem zupełnie pomyślny wynik dla płodu, a dla matki wprawdzie nie tak pomyślny, ale za to nauczyliśmy się i przekonaliśmy się, że cięcie łonowe nie jest operacyą tak niewinną, za jaką ją w ostatnich czasach pod wpływem entuzyazmu i prądu ogólnego okrzyczano i nabraliśmy przekonania, że, aby postawić ścisłe wskazanie do cięcia łonowego, nie wystarczy poprzeć go wymiarami miednicy, lecz należy uwzględnić nietylko stopień, ale i rodzaj ścieśnienia, jak również uwzględnić wszystkie okoliczności ze strony płodu, które wobec tego samego stopnia ścieśnienia czynią poród nieraz o wiele trudniejszym, jak wielkość główki, twardość kości i zdolność zastósowania się do wymiarów miednicy; tak postępując z pewnością ograniczymy wskazanie, a nie narazimy matki na przykre następstwa, z siebie zaś zrzucimy odpowiedzialność i zarzut, żeśmy niewłaściwy wybrali zabieg.

A na ostatek jeszcze słów kilka o tej przez wielu operatorów podnoszonej łatwości, z jaką wykonać można zabieg, że zdaje się czytającemu, iż ani asystentów, ani stołu, ani prawie instrumentu nie potrzeba, aby wykonać operacyę; ale chloroformować trzeba, ale wywierać ucisk na okolice krętarzy, ale trzeba krwotok nieraz gwałtowny tamować, to wszystko, kto wykona bez asysty, temu konia z rzędem; nie mówię już o tem, gdy się zdarzy jakie powikłanie; w najpomyślniejszych okolicznościach trzeba czterech wyćwiczonych asystentów, a z tą liczbą i cięcie cesarskie wykonać możemy wygodnie. W czem więc tkwi ta łatwość i uproszczenie, nie wiem; dalsze doświadczenia to wyjaśnią; my zaś wcale różowych zapatrywań się dzielić nie możemy.

Sumując w końcu wrażenia odniesione z przeczytania i zastanowienia się nad przypadkami w ostatnim ogłoszonymi

czasie, nadto opierając się na własnem doświadczeniu, musimy powiedzieć, że tak, jak z każdą nową operacyą, jest też i z cięciem łonowem. Widocznem jest to gorączkowe zajęcie się operacyą, które w miarę coraz większej liczby przypadków musi ustąpić chłodnej rozwadze, która jedynie wydać może o zabiegu sąd sprawiedliwy. Owe świetne wyniki zaczyna przyćmiewać statystyka, a na 0% podana śmiertelność przez Spinellego na ostatnim zjeździe w Wrocławiu zmieniła się na 10 — 15%. My o niem tyle powiemy:

1) Cięcie łonowe nie jest zabiegiem obojętnym, a to z powodu, że znosząc ciągłość pierścienia kostnego miednicy, pozbawia znacznie części miękkie podstawy, wskutek czego one, zwłaszcza przy użyciu pewnej siły podczas operacyi, mogą doznać obrażeń, sprowadzających czasowe lub trwałe kalectwo kobiety.

2) Nie jest zabiegiem łatwym, wcale nie łatwiejszym, niż cięcie cesarskie; wymaga bowiem, co najmniej, trzech wprawnych asystentów, z których jeden prowadzi narkozę, dwóch zaś innych uciska na okolice krętarzy, przez co chronią spojenia krzyżowo-biodrowe od uszkodzeń.

3) Cięcie łonowe, mające na celu ocalić i płód i matkę, musi być wykonywane w takich okolicznościach, gdzie po cięciu pomyślnego wyniku spodziewać się można, a gdzie inne łatwiejsze zabiegi do celu tego nie prowadzą.

A zatem wskazane jest w tych przypadkach, gdzie miednica jest tak ścieśniona, że ani kleszcze, choćby wysokie, ani obrót, nie są możebne bez niebezpieczeństwa dla matki i płodu, a czas do wzniecenia porodu przedwczesnego minął, gdzie więc trzebaby wykonać wymóżdżenie płodu żywego, lub cięcie cesarskie, matka zaś nie zgadza się na to ostatnie, a objawy ze strony płodu świadczą o tem, że żyje. Jako granice podają 8·8 — 6·7 Włosi, 8 — 6 Niemcy wymiaru prostego wchodu.

4) Aby cięcie łonowe nawet w tych wskazaniach odniosło pomyślny skutek, niedosyć jest uwzględnić stopień ścieśnienia miednicy, bo nieraz w tym samym stopniu ścieśnienia różne możemy otrzymać wyniki; trzeba też uwzględnić

wiek rodzącej, rodzaj ścieśnienia miednicy, rozmiary płodu, uwzględnić wszystkie objawy świadczące o mniejszej lub większej zdolności zastósowania się główki płodu do wymiarów ścieśnionych, co tylko ocenić możemy z pilnej obserwacyi dotychczasowego przebiegu porodu.

5) Cięcie łonowe przy miednicy ogólnie ścieśnionej, zdaje się, da lepsze wyniki, niż wobec płaskiej; w pierwszym bowiem razie wszystkie wymiary się zwiększą i główkę łatwiej można przeprowadzić, niż przy miednicy płaskiej, gdzie wymiary poprzeczne są zazwyczaj prawidłowe, a powiększyć się może tylko wymiar prosty; w pierwszym też razie lepiej jest, jeżeli główka idzie naprzód, w drugim lepiej do rozwiązania użyć obrotu i wydobycia płodu.

6) Cięcia łonowego nie należy wykonywać, jeżeli mamy znaczniejsze ścieśnienie, bo wtedy musimy użyć trudnego zabiegu do wydobycia płodu, zabiegu dla niego niebezpiecznego, matka zaś może ponieść znaczne obrażenia części miękkich i mogą pęknąć spojenia krzyżowo biodrowe. Z przebiegu w naszym przypadku wynika, że cięcie łonowe nie jest wskazane przy miednicy płaskiej, gdzie wymiar prosty wchodu wynosi 8 cm., a główka jest duża i twarda.

7) Cięcia łonowego można użyć jako operacyi przygotowawczej w celu wydobycia płodu obumarłego w razie bezwzględnego ścieśnienia miednicy.

8) Krwotok z ciał jamistych łechtaczki bywa dosyć znaczny, czasem trudny do opanowania. Obfitszym bywa, gdy nie przecinamy więzadła łukowego i gdy ono pęka podczas silnych pociągań kleszczami.

9) Jakkolwiek wiemy, że spojenie łonowe zrastać się może, to nie możemy z góry powiedzieć, jak będą przebiegać następne porody, czy bliznowate miejsca nie ulegną znaczniejszym uszkodzeniom, gdy po raz wtóry do cięcia łonowego u tej samej niewiasty przystąpimy.

10) Przetoki, które powstać mogą po cięciu łonowem, mogą się odnosić do bocznej, a nawet do przedniej ściany pęcherza, jak to stało się w naszym przypadku, a zaszycie

takich przetok przedstawia wielkie trudności, znacznie większe, niż zwykłych odleżynowych po porodzie.

Z tego, co wyżej powiedziano, wypada, że tak ci, co zachwalają bardzo cięcie łonowe i starają się wyrugować cięcie cesarskie ze wskazania względnego, jak i ci, co odmawiają mu zupełnie wartości, nie mają zupełnej słuszności. Jedni z nich operowali widocznie w okolicznościach pomyślnych, drudzy w okolicznościach dla cięcia łonowego niepomyślnych; obydwie zaś strony za mało miały przypadków, aby w sprawie cięcia łonowego wypowiedzieć ostatnie słowo. Prawda leży widocznie w pośrodku, t. j., że cięciu łonowemu w pewnych, że tak powiem, dobranych przypadkach wartości odmówić nie można; nie należy tylko trzymać się pewnego szablonu, wykutego z wymiarów miednicy kostnej, ale należy uwzględnić i inne okoliczności. Nie można jednak zgodzić się na to, że cięcie łonowe zastąpi w zupełności wymóżdżenie płodu żywego i cięcie cesarskie ze wskazania względnego; te zabiegi zawsze będą w pewnych razach nawet bezpieczniejsze, a nakoniec sądzę, że tak, jak cięcie cesarskie jest operacyą tem lepsze dającą rokowanie, w im pomyślniejszych okolicznościach technicznych robić się je będzie i dotychczas jest operacyą wyłącznie klinik i szpitalów, tak też i cięcie łonowe po za dobrze urządzone sale operacyjne nie wyjdzie, a tembardziej nie będzie przystępne dla praktyków. Zresztą czekajmy, niech ucichną fale wzburzone, po których płynie statek nowej operacyi w różne chylący się strony, a wtedy przekonamy się, czy cało do portu zawinie.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. P r z e w o d n i c z ą c y uważa, że cięcie łonowe w ścieśnieniach miednic płaskich, gdzie sprzężna (*con. vera.*) wynosi 8 cm., a główka jest duża, nie jest wskazane, bo wynik operacyi jest niekorzystny dla matki.

Kol. M a r s dodaje, że wogóle operacya ta go nie zachęca do naśladowania autorów, którzy ją wykonują. Każda operacya powinna mieć za podstawę pewne wskazówki podane przez naturę. W naturze płód rodzi się przez pochwę, ale nigdy nie pęka przy tem kanał kostny, który jest skomplikowaną ochroną czę-

ści płciowych miękkich i gdyby tego nie było, to może podczas porodów ciężkich części miękkie ulegałyby niejednokrotnie obrażeniu. Jeżeli płód nie może się przez kanał kostny urodzić, to wówczas raczej pęka macica i płód występuje do jamy brzucha, w tym przebiegu widzimy naturalną wskazówkę do cięcia cesarskiego, do cięcia łonowego tej wskazówki naturalnej nie mamy. Śmiertelność po cięciu łonowem nie jest duża, co postępowaniu przeciwgnilnemu zawdzięczać trzeba. Ważną jest okoliczność, która również wcale nie jest zachęcającą, że podczas zabiegu cięcia łonowego nigdy operator nie może przewidzieć, jakie spustoszenia powstaną w częściach miękkich, a nawet w miednicy kostnej i uważa zabieg ten za wskazany tylko w wyjątkowych razach.

Kol. Braun, W danym przypadku mieliśmy przed sobą nietylko ścieśnienie miednicy kostnej, ale jeszcze brzegi ujścia zewnętrznego były mocno przerosłe i zgrubiałe. Nic dziwnego, że przy pociąganiu kleszczami główka się obniżała, ale ze szyjki nie wychodziła i szyjka ulegała mocnemu wydłużeniu, tem więcej, że ujście nie było zupełnie rozwarte kiedy kleszcze zakładano. Dopiero, gdy przecięto brzegi po bokach i z przodu, główka za kilkoma pociągnięciami wystąpiła i dlatego sądzi, że te znaczne pęknięcia w różnych kierunkach trzeba odnieść nietylko do samego cięcia łonowego, ale i do dopiero co podniesionego powikłania ze strony szyjki.

Kol. Cercha podnosi, że z chwilą przybycia chorej do kliniki ujście było zupełnie rozwarte, a brzegi dopiero później obrzękły. Przedarcia pochwy można odnieść do nacięcia ujścia, ale niekoniecznie.

Kol. Przewodniczący. Obrażenia te pochodzą nie z niepodatności brzegów, tylko z tej przyczyny, że przez rozstąpienie się kości miednicy macica straciła oparcie naturalne.

Kol. Mars. I to, co kol. Braun mówi, dowodzi, że nie można wiedzieć naprzód jak rozległe powstaną spustoszenia w przebiegu operacyi cięcia łonowego.

XLV. Posiedzenie z dnia 31 października 1893.

Przewodniczący Prof. Dr. Jordan. Obecnych członków 8.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Mars proponuje: 1) aby pewną część roczników oddać księgarni Krzyżanowskiego celem sprzedaży, na co się Towarzystwo zgadza, z dodatkiem kol. Jordana, aby zostawić w archiwum Towarzystwa po 20 egzemplarzy z każdego rocznika.

Następnie 2) proponuje, aby obesłało Towarzystwo ginekologiczne wystawę krajową we Lwowie w r. 1894, przesyłając roczniki Towarzystwa, na co się Towarzystwo zgadza z dodatkiem kol. Rosnera, aby dołączyć szemat uwidaczniający rozwój Towarzystwa.

3) Dalej uchwala Towarzystwo nieograniczony kredyt i poleca kol. Braunowi rzecz tę w szczegółach załatwić.

4) Kol. Rosner przedstawił rzecz: „Dziewięć przypadków ciąży powikłanej guzami jajnika".

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos:

Kol. Braun. Ogólne twierdzenie autorów jest takie, że tylko torbielaki o długiej szypule ulegają skręceniu z jego następstwami, podczas gdy dwa wypadki z wyliczonych przez kol. Rosnera, a obserwowanych w klinice położniczej przez kol. Brauna, były przeciwnie osadzone na krótkich a szerokich szypułach, a mimo to przyszło do skręcenia szypuły w jednym podczas ciąży, w drugim w połogu. Zdaje się, że oprócz szypuły muszą być inne potrzebne warunki, aby się skręcenie wytworzyło. Co do czasu, w którym skręcenie powstaje, jest nim najczęściej czwarty miesiąc ciąży, kiedy macica powiększona wysuwa do góry i na bok obok niej leżący torbiel i ten ulega skręceniu, a drugi raz może się skręcić, według Prof. Madurowicza, zaraz po porodzie w pierwszych dniach połogu, jak to się właśnie w drugim przypadku pokazało.

Co do objawów świadczących o skręceniu, to sprawa występuje nagle, wytwarza się szybko postępujące zapalenie otrzewny z nudnościami, wymiotami, bębnicą, tętnem nitkowatem i rysami twarzy zaostrzonemi.

Kol. Mars przytacza jeden przypadek torbielaka jajnikowego wikłającego ciążę, obserwowany w klinice krakowskiej. W przypadku tym guz jajnikowy, leżący w zatoce Douglasa, nie dozwalał główce wstawić się do wchodu miednicy, w ułożeniu rodzącej kolanowo-łokciowem, dał się do jamy brzucha odprowadzić i w ten sposób mógł się poród bez przeszkody odbyć. Drugi, zupełnie podobny przypadek, obserwował w szpitalu lwowskim. Przypadek z kliniki krakowskiej może kolega Rosner odszukać w księgach i powiększyć statystykę zebranych przypadków.

Statystyka tak prowadzona jak dotąd w literaturze nie prowadzi do celu; potrzebaby podzielić guzy na takie, które są powodem trudności mechanicznych i na guzy zachowujące się obojętnie wobec mechanizmu porodowego i według tego statystykę zestawiać.

Laparatomię na ciężarnej w celu usunięcia torbielaka uważa za operacyę cięższą i jeżeli to możebne, a zabieg ze względu na poród nie jest wskazany, to raczej odłożyć laparatomię na pierwszy miesiąc po porodzie.

Kol. Kośmiński przytacza przypadek porodu przedwczesnego w 7 miesiącu, w szpitalu krakowskim. Płód urodził się nieżywy. W jamie brzusznej, obok powiększonej macicy, był guz jajnikowy i znaczna przesączyna. W 15 dni po porodzie wykonano laparotomię i wycięto duży torbiel, osadzony na długiej szypule, nieskręconej. Kobieta ta wyleczona opuściła szpital. Przy tej sposobności podnosi, że skręcenie długiej szypuły później wywoła objawy skręcenia, aniżeli skręcenie szypuły krótkiej, bo wtedy naczynia szybciej ulegną zaciśnięciu.

XLVI. Posiedzenie z dnia 14 listopada 1893 r.

Przewodniczący Prof Dr. Jordan. Obecnych członków 8.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Mars zawiadamia, że wysłano do Dyrekcyi wystawy krajowej zawiadomienie, iż Towarzystwo ginekologiczne zamierza obesłać wystawę rocznikami Towarzystwa.

3) Pismo przesłane przez Dra Bylickiego ze Lwowa odesłano na wniosek kol. Przewodniczącego do referatu kol. Cersze i Rosnerowi.

4) Kol. Cercha wygłosił rzecz:

„Przypadek porodu powikłanego włókniakami i tężcem macicy".

Jakkolwiek włókniaki zaliczamy do najczęstszych nowotworów macicy, to przecież porody powikłane ich obecnością nie należą do zjawisk częstych. A może to i dobrze, że kobiety dotknięte tem cierpieniem nie zastępują, gdyż statystyka wcale nie zachęcające przedstawia wyniki tak dla matek, jak i dla dzieci. Przeszło 52% matek a 65% dzieci (Süsserott) [1]) ginie podczas porodu lub po nim z przyczyny tego niepomyślnego powikłania. W klinice prof. Madurowicza postrzegano w przeciągu roku, zatem mniej więcej na 350

---

[1]) Süsserott. Inaugur. Dissert. Rostock 1870.

porodów dwa razy włókniaki macicy. Przypadek pierwszy tyczył się osoby w 5. miesiącu ciąży, u której po otwarciu jamy brzusznej wyłuszczono włókniak. Kobieta ta poroniła w drugim tygodniu po operacyi, poczem nastąpiło wyleczenie. Przypadek ten opisał kol. Rosner [1]) i zestawił zarazem wskazania lecznicze podczas ciąży wobec włókniaków. Drugi przypadek tyczył się rodzącej pierwiastki. Ponieważ zdaniem mojem jest on ciekawym ze względu na przebieg porodu i połogu, przeto pozwolę sobie w krótkości pomówić o powikłaniu porodu i połogu włókniakami, uwzględniając ciążę o tyle, o ile to dla wyjaśnienia jest koniecznem. Na przebieg porodu i połogu chcę szczególną zwrócić uwagę tem bardziej, że gdy lekarz praktyczny, badając ciężarną mającą włókniaki, może dłużej zastanawiać się nad sposobem ich leczenia, może nareszcie zasięgnąć rady lekarza położnika, może wreszcie ciężarną odesłać celem odpowiedniego leczenia do zakładu położniczego, to nie zawsze może to uczynić podczas porodu, jeżeli jeszcze, jak się to u nas najczęściej dzieje na prowincyi, szukają jego pomocy dopiero wówczas, gdy położna widzi, że siłami natury poród ukończyć się nie może. Wtedy już niema czasu na długie zastanawianie się, nie można też rodzącej w daleką puszczać podróż pod opiekę lekarza położnika, bo nieraz nie godziny, ale minuty rozstrzygają o życiu matki i dziecka; wtedy lekarz, rad nie rad, zmuszony *periculo in mora*, winien z całą rozwagą przystąpić do działania mającego przynieść ratunek matce, a czasem i płodowi. Jeżeli zaś, nie znając wskazań i warunków, nie poweźmie z góry obmyślanego planu, lub licząc za wiele na siły natury, biernie się zachowa, to często mija czas niepowetowany bezpowrotnie, a z nim gaśnie życie dwojga istot. Radę więc dobrą musi mieć na zawołanie; stanowczość w rozstrzygnięciu, co i jak w danym przypadku czynić wypada? Ponieważ porody w tych okolicznościach nie są czemś zwykłem, przeto i sposoby postępowania ulatują z pamięci; to

---

1) Rosner Al. Przegląd lekarski Nr. 39—41. 1893.

też sądzę, że opisanie takiego przypadku nie minie bez korzyści dla czytających.

A więc do rzeczy! Powiedziałem na wstępie, że porody powikłane włókniakami należą do rzadkich. A dlaczego tak jest? Odpowiedź na to nietrudna. Wszak włókniaki są przyczyną niepłodności, jak to twierdzą zgodnie wszyscy autorowie. Nietylko, że mechaniczną często stanowią dla ciąży przeszkodę, bądź to, że zmieniają znacznie kształt i kierunek jamy macicy, lub sprowadzają zmianę w położeniu macicy, bądź też, że nie pozwalają swobodnie rozwijać się macicy, ale co więcej, wywołują, szczególnie włókniaki podśluzowe i miąższowe, zmiany na błonie śluzowej, których następstwem są upławy i krwotoki.

Albo też znowu małe nowotwory mogą nie zwrócić na siebie naszej uwagi podczas ciąży i porodu, nie wywierając na tę sprawę żadnego wpływu szkodliwego; ztąd też porody te mimo obecności włókniaków uważamy za prawidłowe.

Bo też, aby ocenić wpływ szkodliwy włókniaków na ciążę, poród i połóg, nie możemy wszystkich pod jednę podciągnąć miarę, lecz musimy powiedzieć, że wpływ szkodliwy zależy od wielkości i usadowienia się włókniaka.

Nowotwory podśluzowe i miąższowe większe wpływają prawie zawsze szkodliwie na ciążę, wywołując poronienie z groźnemi następstwami. Z zestawień Tołoczynowa [1]) wynika, że w 119 przypadkach ciąży nastąpiło 21 razy poronienie, Lefour [2]) zaś podaje, że na 307 przypadków było poronień 62. To też z takimi włókniakami podczas sprawy porodowej i połogowej rzadko się spotykamy; a ponieważ chodzi mi głównie o przebieg porodu, przeto nad tym rodzajem włókniaków, które raczej w ciąży leczyć wypada, przechodzę do porządku.

Inaczej rzecz się ma z włókniakami podsurowiczymi, czyli podotrzewnowymi. Kobieta cierpiąca na nie może za-

---

[1]) Tołoczynow. Wien. med. Presse Nr. 30. 1869.

[2]) Lefour: Des fibromes utérines au point de vue de la grossesse. Paris 1880.

stąpić, może nawet i donosić do czasu, bo guzy te, zwykle tylko szypułą z macicą połączone, o tyle tylko wpływają na rozwój ciąży, o ile zajmując miejsce w jamie brzusznej, przyczyniają się do znaczniejszego powiększenia brzucha i wywołują u ciężarnej objawy podmiotowe, jak duszność, uczucie ciężkości, utrudnienie chodu i t. d. Ależ tak zachowują się włókniaki podotrzewnowe wychodzące z dna lub z trzonu macicy. Powiększająca się macica wypycha je ku górze, nie doznając sama wielkiej przeszkody w swym rozwoju. Mamy jednak włókniaki podsurowicze i takie, co wychodzą z tylnej ściany trzonu macicy na granicy szyi, lub też punktem ich wyjścia jest tylna ściana szyi już pod otrzewną (*fibromata retrocervicalia*). Te zazwyczaj nie zachowują się tak obojętnie podczas ciąży, a szczególniej podczas porodu i nieraz dużo kłopotu sprawiają lekarzowi, a niebezpieczeństwem grożą ciężarnej, rodzącej i położnicy.

Że podczas ciąży włókniaki nawet podsurowicze, w skutek znaczniejszego dowozu materyału odżywczego do części rodnych wraz z niemi ulegają szybszemu rozrostowi, rozpulchnieniu, to nie ulega wątpliwości, ale też przez powiększenie swej objętości stają się tem groźniejsze, a zwłaszcza włókniaki wychodzące z tylnej ściany macicy, lub szyi, które już we wczesnych miesiącach ciąży mogą dostać się do zatoki Douglasa pod wzgórek kości krzyżowej, uledz tam zaklinowaniu i dać powód do wystąpienia groźnych objawów, jakie towarzyszą uwięźnieniu macicy ciężarnej i wszelkim jego następstwom. Same wtedy z powodu ucisku i zmiany w krążeniu mogą ulegać przemianom wstecznym, jak zropieniu, zgorzeli, które, nawet mimo pomocy odpowiedniej, kończą się niepomyślnie dla ciężarnej. O jednej jeszcze rzeczy zapominać się nie godzi, a mianowicie, że tak, jak wobec innych nowotworów w jamie brzusznej, tak też i wobec włókniaków podsurowiczych, spotykamy zadraźnienie otrzewny urazowe, (*peritonitis circumscripta traumatica*), którego następstwami są zrosty między włókniakami a macicą, lub też sąsiedniemi narządami jamy brzusznej. Że te zrosty podczas ciąży mogą tamować naturalny a prawidłowy wzrost

macicy, a tem samem w pewnym czasie stać się przyczyną poronienia, że one podczas porodu mogą niedopuścić leczenia polegającego na odprowadzeniu guza, to zaprzeczyć się nie da; nie znalazłem jednak nigdzie wyraźnie zapisanej tej okoliczności, że zrosty świeże, albo, co najmniej, rozpulchnione podczas ciąży mogą uledz i ulegają podczas cofania się guza z zatoki Douglasa nad wchód miednicy przerwaniu, skutkiem czego powstać może do jamy brzusznej w połogu krwawienie, a raczej sączenie, które wprawdzie powoli i bez objawów ostrej niedokrewności może się stać bezpośrednią przyczyną śmierci. Że tak może być rzeczywiście, to najwymowniejszym dowodem będzie przebieg połogu w naszym przypadku.

Wprawdzie rozpoznanie takich zrostów nitkowatych jest podczas porodu trudne, gdy guz duży wklinowany jest do miednicy małej, a gdyby było możliwe, niezawodnie wpływałoby na leczenie. Zawsze jednak o takiem powikłaniu pamiętać trzeba i gdyby się po porodzie w przebiegu połogu okazało, że mamy objawy przemawiające za sączeniem się krwi do jamy brzusznej, niechże owe zrosty przerwane przyjdą nam na pamięć, a zabierzemy się do takiego leczenia, które daje rękojmię najpomyślniejszego wyniku, t. j. do tamowania krwotoku po otwarciu jamy brzusznej. Jeszcze raz powtórzyć muszę, że o takich zrostach i o tem, że mogą uledz przerwaniu, jakkolwiek rzadko (Süsserott [1]) przytacza w swej rozprawie jeden przypadek Robinsona), pamiętać należy.

Jeżeli włókniaki podsurowicze podczas ciąży wpływać mogą tak szkodliwie na jej przebieg, to o ileż groźniejszy wpływ wywierają one podczas sprawy porodowej? Już to nam daje dobre wyobrażenie, gdy powiem, że według Süsserotta [1]) na 147 przypadków porodowych wykonano 61 razy zabieg operacyjny, co czyni prawie $41\frac{1}{2}\%$, a przecież zabiegi operacyjne podczas porodu nie są rzeczą obojętną. Przebieg porodu zależy naturalnie od miejsca usadowienia

---

[1]) Süsserott. Inaugur. dissert. Rostock 1870.

się guza, a względnie od przeszkód, jakie stawia płodowi, czy to wprost przez wywołanie mniejszego lub większego stopnia niestósunku porodowego, czy też pośrednio, wpływając niepomyślnie na siły płód wydalające.

Tak, jak w ciąży guzy tkwiące wysoko, wychodzące więc z okolicy dna macicy i łużnie z nią połączone najmniej przedstawiają niebezpieczeństwa, tak samo ten rodzaj guzów najmniej obaw budzi i podczas porodu. I nie ulega wątpliwości, że są i takie przypadki, gdzie mimo włókniaków poród przebiega prawidłowo, że lekarz nawet nie domyśla się ich obecności i dopiero po porodzie, gdy powłoki brzuszne stają się wiotkie, podatne, a macica pomniejszy swą objętość, ze zdziwieniem przekonywa się o ich obecności, rozmiarach i stósunku do macicy. Ależ nawet i wtedy, gdy guz leży niżej i podczas czynności porodowej macicy znajduje się we wchodzie, poród może ukończyć się siłami natury, gdy skurcze macicy, pociągając ku górze dolny odcinek macicy, wraz z nim usuwają z nad wchodu włókniak, który z tym odcinkiem w ścisłym zostaje związku, lub gdy część poprzedzająca płodu pod wpływem bólów porodowych, które jeszcze w razie niestósunku zwykły się potęgować, stósując się do pomniejszonych przez guz wymiarów miednicy, przecież się do niej wtłacza, a włókniak z wchodu do miednicy dużej wysuwa (Spiegelberg, Hecker) [1]. Jeżeli guz leży w szyi macicy, lub stanowi zgrubienie jednej z warg części pochwowej, wtedy płód posuwa guz aż przed części rodne i w ten sposób toruje sobie drogę na zewnątrz; to samo dzieje się z włókniakami podśluzowymi na szypułach; jeżeli szypuła jest długa, to guz rodzi się przed częścią poprzedzającą, albo nawet szypuła może się oderwać, a wtedy rodzi się naprzód guz, a potem bez przeszkód i płód. Takie przypadki opisali: Ramsbotham, Dubois, Depaul. Wreszcie włókniaki szyi macicy można podczas porodu wyłuszczyć przed uro-

---

[1]) Spiegelberg: Arch. f. Gyn. V. p. 100, Hecker. Klinik d. Geburstb. H. p. 124.

dzeniem się płodu. Dowodzą tego przypadki Danyaua [1]), Langenbecka [2]) i Braxton Hicksa [3]). Włókniaki mogą też wskutek rozpulchnienia i zmięknienia, jakiego w ciąży doznają pod wpływem silnych i długo trwających skurczów macicy, uledz przypłaszczeniu i w ten sposób uczynić możliwym poród naturalny.

Dopiero co opisany a pomyślny przebieg porodu powikłanego guzami włóknistymi nie zdarza się zawsze, lecz występują podczas pracy porodowej objawy groźne, które zmuszają nas do wkroczenia czynnego. I tak, włókniaki umieszczone w miednicy małej, które zmniejszają jej wymiary, wytwarzają zawsze niestósunek porodowy; siły macicy, chcąc przezwyciężyć przeszkodę, powiększają się i albo następuje tężec macicy, albo też bóle słabną zupełnie. W obydwóch razach następstwa są znane, to jest poród wcale nie postępuje, na czem cierpi i płód i matka. Matka zginąć może jeszcze przed porodem, a to wskutek ciężkiej pracy parodowej (*Simpson*) tem łatwiej, jeżeli przedtem straciła dużo krwi, lub jeżeli narażona była na zabiegi operacyjne, które w takich razach niekiedy nie wychodzą po za granicę nieudałych prób. Pęknięcia macicy zwłaszcza, że miąższ jej w sąsiedztwie włókniaków często okazuje zmiany patologiczne, nie mogą być niespodzianką, a powstają wobec położeń poprzecznych płodu, do czego usposabia obecność włókniaków (Nauss 16—21°/₀ położeń poprzecznych), jeżeli operator niezręcznie, lub w niewłaściwym czasie przystępuje do obrotu. Największe i najczęstsze niebezpieczeństwo grozi matce z powodu krwotoków (*D'Outrepont*), które przy włókniakach podśluzowych bywają gwałtowne; przyczyną śmierci może być niedowład lub porażenie macicy zwłaszcza, jeżeli łożysko umieszczone było w tem miejscu, gdzie się znajdował nowotwór; tu bowiem miąższ nie może kurczyć się dobrze, z na-

[1]) Danyau: Gaz, d. Hôp. 42, 1851.
[2]) Langenbeck: Deutsche Klinik 1859. I.
[3]) Braxton Hicks. London obstr. Transact. XII. p. 273.

czyń łożyskowych otwartych wylewa się krew strumieniem, krwotoku opanować nie możemy, a matka ginie w naszych rękach. Takie przypadki usprawiedliwiają zabieg nawet tak ciężki, jak wycięcie macicy po otwarciu jamy brzusznej, lub wyjęcie jej przez pochwę (*Martin*). A czyż nie należy wspomnieć o wynicowaniu macicy i wynikających ztąd następstwach? Takie przypadki opisali Lambert, Oldham.

Takie to niebezpieczeństwa grożą matce podczas porodu, ale nawet z chwilą jego ukończenia lekarz nie może powiedzieć: z w y c i ę ż y ł e m! Nowe czekają w połogu niebezpieczeństwa matkę.

Osłabienie z utraty krwi podczas porodu i powtarzające się krwawienia mogą stać się przyczyną jej śmierci. Teraz już nie potrzeba dużej utraty krwi; lekarz wezwany nagle do umierającej ze zdziwieniem znajduje tylko niewielką plamę krwi na bieliźnie, ale już i ta ilość wobec znacznej poprzednio utraty wystarcza, aby wywołać objawy ostrej niedokrewności i porażenie serca. Ztąd dla lekarza nauka, że podczas połogu w takich okolicznościach trzeba oszczędzać każdej kropli krwi, bo utrata tej ilości, której u organicznie zdrowej kobiety nawet najbieglejszy lekarz nie pozna, zabija osobę niedokrewną. Rzadko tylko, ale przecież możebną jest rzeczą, że w połogu, kiedy w organizmie niewiasty odbywa się szybko zwijanie części rodnych i guzy ulegają pomniejszeniu i nie wywołują nadal żadnych przypadów. Takie przypadki, to prawdziwe białe kruki; szkoda niestety, bo to sposób idealny samoistnego uleczenia. Takie zejście opisali: Playfair i Löhlein. Tak się rzecz ma w razie guzów podśluzowych i śródmiąższowych.

Nieco inaczej, choć niemniej groźnie, przedstawiają się stósunki wobec włókniaków podotrzewnowych. Zapalenie otrzewnej, ropienie i posocznica nie należą do rzadkości, przyczem same guzy nie okazują albo żadnych zmian, albo też powstają w nich, to jest w ich wnętrzu lub na powierzchni, zmiany wsteczne, jak zropienie lub rozpad posokowaty, a dopiero w następstwie tego ogólne zakażenie. Może też guz, a raczej jego szypuła, wskutek nagłej zmiany w położeniu

uledz okręceniu, poczem w guzie wskutek braku dowozu materyału odżywczego powstają przemiany wsteczne. Wspomniałem też o zrostach, jakie powstają w ciąży między guzem a macicą, lub między guzem a narządami sąsiednimi; wiemy z anatomii patologicznej, że zrosty takie odznaczają się dużą ilością cienkich i drobnych naczyń, które samoistnie lub też podczas zabiegów operacyjnych mogą pęknąć, następuje wylanie się krwi do jamy brzusznej (sączenie), krwotok zamaciczny, który może stać się bezpośrednio przyczyną śmierci, albo przynajmniej stanowi bardzo niebezpieczne powikłanie połogu. Sączenie to może być bardzo powolne, tak, że na razie rozpoznać się nie da, (jak to było w naszym przypadku), a przecież ono położyło kres życiu matki. Taki byłby w głównych zarysach wpływ włókniaków na przebieg porodu i połogu, a teraz zobaczmy, jak było w naszym przypadku?

Dnia 25. marca 1893. przywieziono do kliniki położniczej K. R. z Rz., lat 30 liczącą, zamężną, izraelitkę. Odbyła ona podróż dwudziestomilową koleją żelazną. Chora podaje co następuje: Regularność miała się pojawić po raz pierwszy w 15 roku życia i powtarzała się w prawidłowych odstępach czasu; trwała zazwyczaj 5—7 dni, nie była zbyt obfitą, chora nie doznawała też podczas peryodu żadnych dolegliwości. Zamężna od lat pięciu, nie rodziła i nie roniła. Zawsze czuła się zdrową, chorób cięższych nie przebywała. Ostatnia regularność prawidłowa odbyła się z końcem czerwca 1892 roku. W ciąży nie doznawała też żadnych znaczniejszych dolegliwości. W czasie podróży koleją miała jeszcze czuć ruchy płodu; od północy jednak ruchy te stawały się coraz słabsze, aż wreszcie zupełnie ustały. Podczas podróży skarżyła się na dreszcze. Położna, która osobie tej wraz z mężem towarzyszyła, podaje, że wezwano ją na jakiś czas przed porodem, że miała radzić, aby zawezwano lekarza, a to dlatego, że w wyniku badania nabrała przekonania, że poród będzie ciężki; czy życzeniu jej stało się zadość, odpowiedzieć nie umie, a i mąż, który nie był natenczas w domu, nie wie, czy lekarza wzywano.

Pierwsze bóle porodowe miały wystąpić dnia 19. marca i trwały aż do chwili, w której chorą wsadzono do wagonu. Drugiego, czy nawet trzeciego dnia, po wystąpieniu bólów, zawezwano lekarza, który miał badać, a nawet próbować jakiegoś zabiegu, po którym miały odpłynąć wody a bóle, dotychczas słabe, występowały znacznie częściej i były silniejsze. Wtedy lekarz oświadczył po naradzie z drugim kolegą, że trzeba wykonać cięższą operacyę i radził, aby chorą odwieźć do Krakowa, do kliniki położniczej, co się też rzeczywiście stało. Czy i o ile wywiady te zasługują na wiarę, nie chcę stanowczo rozstrzygać; to tylko mogę powiedzieć, że tak mąż, jak i akuszerka często w odpowiedziach na jedno i to samo zapytanie, na które nawet osoba nieznająca się na sprawie porodu może dać pewną odpowiedź, w zeznaniach swych znacznie się różnili, rodząca zaś była tak sprawą porodową i podróżą zmęczona a rozkazem natychmiastowego udania się do Krakowa na operacyę przestraszona, że na jej zeznaniach bezwarunkowo polegaćby nie można, zwłaszcza, że jako pierwiastka, chociaż 30 lat licząca, niektórych pytań wcale nie rozumiała.

Badanie przedmiotowe. Osoba wzrostu średniego, na kończynach dolnych około kostek nieznaczne obrzęki, kończyny szablowato wygięte, nasadki kości długich zgrubiałe, na klatce piersiowej widoczne zmiany krzywicowe w postaci wyniosłości na granicy między żebrami a chrząstką; odżywienie liche, rysy twarzy zaostrzone, na policzkach wypieki, język suchawy; ciepłota ciała wynosi 37° C., tętnica mało napięta, wąska, tętno 120 uderzeń na minutę. Skarży się na ciągle trwające bóle w krzyżach i w dolnej okolicy brzucha. Sutki małej objętości, obwódka ciemna, gruczoły bardzo wybitne, za uciskiem występuje obficie klej. Brzuch wypuklony niejednostajnie przez guz odpowiadający macicy, ale macicy, której zarysy występują bardzo wybitnie przez chude powłoki brzuszne, macicy, która jest twarda jak deska, zatem pozostaje w ciągłym skurczu (*tetanus uteri*). Macica dochodzi dnem swem na dwa palce poniżej wyrostka mieczykowatego, dno jest szerokie, na ścianie przedniej ma-

cicy, na szerokość dwóch centymetrów od linii środkowej na prawo, a na pięć centymetrów poniżej pępka, można wybadać guz wielkości jabłka, o powierzchni gładkiej, tej samej zbitości, co ściągnięty mięsień macicy, guz w ścisłym związku z macicą zostający, bo nieprzesuwalny, niebolesny, nie wykazujący objawu chełbotania. W okolicy lędźwiowej prawej guz wielkości pięści, te same własności, co wyżej opisany posiadający, ale zdaje się, jakby część jego schodząca niżej ku okolicy pachwinowej prawej gubiła się za macicą. Zresztą z powodu tężca macicy ani części płodu wymacać, ani też tętna jego wysłuchać nie można. Chełbotania wcale wykazać nie można. Wymiary macicy: od spojenia łonowego do pępka wypuklonego 19$^{1}/_{2}$ cm., do granicy górnej guza 33 cm.

Badanie wewnętrzne. Wejście do pochwy dosyć wązkie; wargi większe i mniejsze nieco surowiczo zbrzękłe, suche. Pochwa szczególniej od przodu długa, część pochwowa prawie zanikła, ujście zewnętrzne dla dwóch palców drożne, wysoko ustawione, prawie w wysokości górnego brzegu spojenia łonowego i do tegoż spojenia przyparte, brzegi ujścia zewnętrznego grube, warga przednia obrzmiała, za dotykaniem tkliwa. W szyi macicy, która ku górze nie balonowato, lecz miernie tylko się rozszerza, wybadać można drobną część płodu, a mianowicie nóżkę i to lewą, której paluszki, ku dołowi i tyłowi zwrócone, znajdują się w równej wysokości z brzegami ujścia zewnętrznego macicy. Nóżka ta przy drażnieniu wcale się nie cofa, ani się nie porusza. Sklepienie przednie szczelinowate i wklęsłe. W sklepieniu tylnem, które jest bardzo aż do wysokości cieśni miednicy małej wypuklone, wybadać można guz, który je właśnie wypukla; guz twardy o powierzchni gładkiej, zajmujący całą tylną ścianę miednicy, nad nim błona śluzowa sklepienia przesuwalna, powierzchnia guza, wszędzie jednostajnej zbitości, nie okazuje miejsc elastycznych, ani miękkich; guz ten jest niebolesny, nieruchomy, nie daje się bowiem wysunąć przy tego rodzaju badaniu nad wzgórek kości krzyżowej i zmniejsza on znacznie wymiary wchodu i próżni miednicy, szczególnie wymiar przodowo-tylny miednicy, która

już i tak jest ścieśniona. Za guzem, palec bowiem łatwo dochodzi do wzgórka kości krzyżowej, który sterczy mocno ku przodowi; wygięcie kości krzyżowej nie jest łukowate, lecz od wzgórka kość krzyżowa idzie wprost ku tyłowi, a dopiero w okolicy trzeciego kręgu krzyżowego zagina się ku przodowi; toż samo kość ogonowa zagięta haczykowato ku przodowi. Wymiary miednicy kostnej są następujące:

Wymiar	kolcowy (*Dist. spinalis*)	23	cm.
„	grzebieniowy (*Dist. cristalis*).	23	„
„	zewnętrzny (*Conjugata externa*) . . .	$17^1/_2$	„
„	przekątny wchodu (*Conj diagonalis*) . .	10	„
„	prosty wchodu (*Conj. vera*)	$8^1/_2$	„
„	krętarzy (*Dist trochanterica*).	29	„

Jeżeli bierzemy w rachubę guz zaklinowany w miednicy małej, to wymiar prosty wchodu nie był większy, niż 5 cm., czyli, że mieliśmy przed sobą miednicę bezwzględnie ścieśnioną. Palec wyjęty z pochwy zawalany cieczą brunatnawo-zieloną, nieco cuchnącą.

Mocz, odprowadzony cewnikiem w niewielkiej ilości, jest wysycony, kwaśny, nie zawiera białka.

R o z p o z n a n i e b r z m i a ł o: Rodząca pierwiastka, poród na czasie, położenie płodu nóżkowe pierwsze, płód nieżywy, ścieśnienie bezwzględne miednicy wynikłe z powodu zaklinowania się włókniaka podsurowiczego, z tylnej ściany macicy wychodzącego, w zatoce Douglasa, niestósunek porodowy znacznego stopnia, zapalenie wnętrza macicy posokowate z powodu gnicia płodu, tężec macicy.

Na usprawiedliwienie pewnych szczegółów rozpoznania nawet więcej miejsca poświęcać nie będę. Objawy pewne tłómaczą rozpoznanie ciąży, zmiana dolnego odcinka macicy usprawiedliwia rozpoznanie porodu, brzegi ujścia bez blizn, że jest pierwiastką, ciągły skurcz macicy, tkliwość jej ścian i brzegów ujścia zewnętrznego, zwłaszcza wobec tak znacznego niestósunku, częstego badania, ba nawet usiłowanych zabiegów operacyjnych, a zatem przyczyn najczęstszych tężca macicy, tłómaczą w zupełności jego wystąpienie. Odchody cuchnące z macicy, to objaw gnicia, a wobec szybkiego

tętna i poprzednich dreszczów najczęściej zapalenia posokowatego błony śluzowej macicy. Dlaczego jednak rozpoznaliśmy, że guz wypuklający tylne sklepienie jest włókniakiem? Wszak mógł to być zwyrodniały jajnik zaklinowany lub torbiel skórzakowy, albo guz wychodzący ze ścian miednicy małej. Zapewne, że wszystko to jest możebne, nawet przyznać trzeba, że o ile guzy w jamie brzusznej znajdujące się, a nie zaklinowane, różnią się znacznie od siebie, o tyle przy uwięznięciu, gdy nawet torbiele z przyczyny znacznego napięcia ścian tracą cechę elastyczności, a więcej stają się twarde, różnicy tej dopatrzyć się trudniej. Dopiero próbne nakłucie nieraz rozstrzyga. W naszym przypadku rozpoznanie było bez użycia nakłucia łatwe, bo guz miał cechy włókniaka, a nadto takie same nowotwory wykazaliśmy w innych ścianach macicy; na cóż więc przyjmować dwie różne sprawy, kiedy właśnie włókniaki wielokrotne są częstą w macicy zmianą.

O ile rokowanie w porodach powikłanych tego rodzaju włókniakami, które wytwarzają niestósunek porodowy, jest wątpliwe, o tyle w naszym przypadku długie trwanie porodu, znużenie matki, ścieśnienie miednicy kostnej, zabiegi poprzednich operatorów, a najbardziej niedostateczne rozwarcie dróg miękkich, tężec i objawy rozkładu w macicy rokowanie to bardzo pogarszały. Mieliśmy jednem słowem przed sobą przypadek zaniedbany, który już oddawna wymagał umiejętnej pomocy, i wykluczyć się nie da, że pomoc ta w odpowiednim podana czasie, mogła uratować życie i matki i płodu. Okoliczności, w których rozpoczęliśmy swe działanie, aby wobec niewątpliwej śmierci płodu ratować chociaż matkę, były tak niepomyślne, że już z góry nie tuszyliśmy sobie, aby zabiegi nasze pomyślnym na pewne mogły być uwieńczone skutkiem. A przecież trzeba było matkę już rozwiązać, a w jaki sposób, to zaraz pokrótce wyłuszczę.

Rozumowanie nasze było takie: Mamy przed sobą przypadek bezwzględnego ścieśnienia miednicy z powodu guza. W takich przypadkach, przynajmniej w szkole położniczej krakowskiej, pytamy się, czy ten guz nie da się wycofać,

bez uśpienia chloroformowego, lub w niem, do miednicy dużej nad wchód. Być może, że nam się to powiedzie. A jeżeli nie, pytamy się wtedy, czy guz nie da się pomniejszyć? To pytanie w naszym przypadku nie wchodziło w rachubę, bośmy mieli to przekonanie, że o pomniejszeniu guza mowy być nie może. Cóż wtedy pozostaje, gdy na obydwa te pytania odpowiedź mamy przeczącą? Wtedy postępujemy tak, jak w bezwzględnem ścieśnieniu, t. j. albo drogą naturalną trzeba wydobyć płód pomniejszony, jeżeli ścieśnienie nie przekracza poniżej $5^1/_2$ cm., lub też robimy cięcie cesarskie, i to albo zachowawcze (Saenger), albo z wycięciem macicy (Porro).

Jakże się rzecz miała w naszym przypadku?

Gdybyśmy mogli wykazać niewątpliwie, że płód żyje, i gdyby tylko guz zaklinowany w miednicy malej stanowił zaporę, to według zasad szkoły krakowskiej, a powiedzmy, i w innych szkołach używanych, musielibyśmy myśleć w pierwszym rzędzie o wycofaniu guza w uśpieniu chloroformowem i wydobyciu płodu drogą naturalną i moglibyśmy się spodziewać w razie, gdyby się guz dał wysunąć, pomyślnego wyniku i dla płodu i dla matki, taki bowiem przebieg nie jest czemś nadzwyczajnem. Ależ w naszym przypadku oprócz guza mieliśmy jeszcze ścieśnienie ogólne miednicy kostnej drugiego stopnia; otóż, gdyby płód był żywy, to zdaniem mojem nawet po wycofaniu guza nie wyszedłby on przy zabiegu operacyjnym cało, a w takim razie bylibyśmy się niewątpliwie zdecydowali na wykonanie cięcia cesarskiego, wydobywszy zaś płód żywy bylibyśmy wykonali na macicy taki zabieg, któryby uwolnił raz na zawsze kobietę od włókniaków, a więc bądź wycięcie włókniaków, bądź też wyłuszczenie sposobem Martina, lub odcięcie macicy powyżej szyi z zapuszczeniem kikuta do jamy brzusznej, lub z pozostawieniem go na zewnątrz. Zdaje mi się, że tym sposobem osiągnęlibyśmy najpomyślniejszy wynik porodu a zarazem uwolnilibyśmy matkę od niebezpieczeństw połączonych z obecnością włókniaków w macicy. Niestety zaraz po pierwszem badaniu nabraliśmy przekonania, że płód nie żyje, a przyczyną tego było przeciąganie się porodu, bezskuteczne zabiegi opera-

cyjne w domu, a nadewszystko tężec macicy, który był następstwem niestósunku porodowego i wyżej wymienionych okoliczności. Zabieg tak ciężki, jak cięcie cesarskie, przy porodzie powikłanym włókniakami macicy, który według Saengera w 83% przypadków kończy się niepomyślnie dla matki, byłby za cenę żywego płodu niewątpliwie usprawiedliwiony. Ale zwolennik cięcia łonowego mógłby nam powiedzieć, że nie pomyśleliśmy o tej zbawiennej operacyi po odprowadzeniu guza. Owszem i ta myśl nam zabłysła, ale gdyby nawet było do niej wskazanie, to nauczeni doświadczeniem jednego wprawdzie tylko przypadku, nie łatwiejbyśmy się na nie pisali, niż na wykonanie cięcia cesarskiego. Przypadek ten ogłosiłem w *Przegl. lekarskim* [1]).

To też na razie o cięciu cesarskiem i o cięciu łonowem musieliśmy zapomnieć a starać się użyć zabiegów mających na celu usunięcie guza i urodzenie płodu pomniejszonego drogą naturalną. Dopiero, skoroby guz nie dał się wysunąć, widzielibyśmy się zmuszeni wobec bezwzględnego wskazania rozwiazać matkę drogą nienaturalną mimo nawet śmierci płodu i połączyć to rozwiązanie z odpowiedniem, doszczętnem usunięciem włókniaków. Wprawdzie mógłby nam ktoś powiedzieć, po co wycofywać guz? wszak można było zaraz, zwłaszcza że poród trwał długo, że cuchnące były odchody a zatem pewnie sprawa zapalna posokowata na błonie śluzowej i do tego włókniaki, przystąpić do cięcia cesarskiego metodą Porry, przez co uwolniłoby się matkę od źródła zakażenia i wyleczyłoby raz na zawsze od włókniaków. Zapewne, że i temu, którzyby tak postąpił, zarzutu niktby nie uczynił, ale czy my wiemy, jak daleko jad gnilny wtargnął do organizmu, czy mimo wyjęcia macicy nie nastąpiłoby uogólnienie sprawy, a dalej przypomnieć musimy i to, że nie każdy przypadek, w którym poród trwa długo i mamy już objawy rozkładu obumarłego płodu po jego urodzeniu, gdy nie żałujemy płynu mającego zniszczyć jad, kończy

[1]) Cercha: Przyczynek do cięcia łonowego. Przegląd lekarski 1893, Nr. 34 — 38.

się niepomyślnie; owszem na poparcie swego zdania mógłbym przytoczyć cały szereg porodów bardzo zaniedbanych, z objawami zakażenia, w których po rozwiązaniu i sumiennej desinfekcyi części rodnych przebieg połogu nic nie pozostawiał do życzenia.

Co się zaś tyczy włókniaków, to one w połogu mogły uledz pomniejszeniu, na co mamy w literaturze niewątpliwe dowody, i mogły bez szkody dla niewiasty istnieć dalej, jak istniały przed ciążą, nie wywołując żadnych ważniejszych objawów; wszak rodząca do chwili porodu wcale o nich nie wiedziała.

Owa niepomyślna statystyka Saengera, wykazująca po cięciu cesarskiem w przebiegu porodu włókniakami powikłanego 83% śmiertelności, wprawdzie nie może nas od zabiegu odstraszyć, gdzie tego potrzeba wymaga koniecznie, ale w każdym razie do wykonania cięcia cesarskiego z pominięciem innych, możliwych sposobów łagodniejszego rozwiązania rodzącej nie zdaje się, że nas uprawnia. To też i my wybraliśmy, stósując się do zasad przyjętych w szkole położniczej krakowskiej, nie zaraz cięcie cesarskie, lecz postąpiliśmy w sposób, który poniżej opiszę. Żeśmy nie uzyskali pomyślnego skutku, wina, zdaje się, nie polega na wyborze sposobu; szukać jej raczej należy w zaniedbaniu porodu i w powikłanych stósunkach, jakie guz przedstawiał względem macicy, jak również i w tej okoliczności, że wynik pomyślny w podobnych przypadkach należy do rzadkości.

Tak więc przystąpiliśmy w uśpieniu chloroformowem do odprowadzenia guza, używszy przedtem i innych środków, mających na celu usunięcie tężca macicy, jak kąpieli i morfiny.

Skutek podania tych leków był niewielki; macica podczas całej operacyi pozostała w stanie skurczu. W narkozie więc, w obecności prof. Madurowicza, za jego zezwoleniem i korzystając z jego rad, przystąpiłem naprzód do odprowadzenia guza. Wszedłszy ręką prawą do pochwy a drugą umieściwszy na dnie macicy, lekko starałem się guz z tyl-

nego sklepienia wysunąć, zaczynając od zatoki krzyżowo-biodrowej prawej. Ten zabieg poszedł dosyć łatwo; wnet też guz znalazł się ponad wzgórkiem kości krzyżowej a dno macicy wystąpiło więcej ku przodowi, część pochwowa zaś, a raczej ujście zewnętrzne, przed zabiegiem więcej do spojenia łonowego zbliżone, teraz znajdowało się w osi miednicy. Zmieniły się też teraz stósunki i przy badaniu przez powłoki brzuszne, albowiem guzek, znajdujący się po stronie prawej poniżej pępka, skrył się więcej ku okolicy lędźwiowej prawej; snać macica musiała być również koło długiej swej osi nieco skręcona. Teraz nie bez trudności udało mi się na nóżkę lewą, będącą w ujściu zewnętrznem mało rozwartem, założyć pętlę obrotową, poczem ułożywszy rodzącą na łóżku poprzecznem, gdy już na dłuższe wyczekiwanie stan matki nie pozwalał, a i na siły natury wobec tężca macicy liczyć nie mogłem, przystąpiłem do dalszego rozwiązania rodzącej.

Po kilku pociągnieniach, przy czem nie dostrzegłem, aby brzegi ujścia zewnętrznego były bardzo napięte, zdołałem płód, na którego skórze widoczne były znaki rozpoczynającego się gnicia, urodzić po łopatki, po czem nastąpiło uwolnienie rączek, które było trudniejsze, niż zazwyczaj, a to z przyczyny, że rączki były ku górze wyprostowane, co zwłaszcza wobec ścieśnienia miednicy kostnej czyni uwolnienie rączek trudnem. Gdy następnie wytoczenie główki tak sposobem Smeliego, jak również Kiwischa, okazało się bezskutecznem, a z obawy, aby nie sprowadzić pęknięcia napiętych brzegów ujścia zewnętrznego, większej siły użyć nie chciałem, wbiłem nożyce Negelego w czaszkę na ostatek idącą po nad pierwszy krąg szyjuy, wypłukałem mózg i następnie wytoczyłem główkę, zakładając kranioklast Brauna. Że zabieg ten był na miejscu, a obawy moje co do pęknięcia szyi uzasadnione, to trudne wydobycie główki pomniejszonej kranioklastem i płytkie pęknięcie szyi po stronie lewej, o czem mogłem się przekonać przy ręcznem wydobyciu łożyska, zdaje się, że najlepiej za tem przemawia. Po ukończeniu operacyi macica dobrze się skurczyła, ale zawsze dno

jej sięgało wyżej, niż po porodach zwykłych, co przypisać należy obecności włókniaków. Krwotoku nie było żadnego. Macicę i pochwę wystrzykano dokładnie 3% kw. karbolowym. Lekkie pęknięcie pochwy po stronie prawej zeszyto szwem katgutowym. Położnicy podano lewatywę z dwóch gramów wyciągu sporyszu, do pochwy założono pasek z gazy jodoformowej, na brzuch dano okład wysychający. Płód płci męzkiej, tak co do długości (50 cm.), jak i co do wagi ciała (3120) odpowiadał płodowi donoszonemu.

Przebieg połogu był następujący:

Pierwszy dzień połogu 25. marca. Zaraz po operacyi położnica śpi przez kilka godzin dosyć spokojnie.

Ciepłota ciała 37·°, tętno drobne 120. Nudności i wymioty. Wieczorem skarży się na osłabienie. Ciepłota 37·0, tętno 124. Podano wino i *aq. laurocerasor.*

26. marca, drugi dzień połogu. Rano ciepłota 37·0, tętno 104 pełniejsze. Chora w nocy spała snem przerywanym, skarży się na czkawkę, wymiotów nie było. Przy oglądaniu brzucha widać wzdęcie, a macica i okolica lędźwiowa lewa przy obmacywaniu są bolesne. Wieczorem ciepłota 37·5, tętno 134, bardzo nikłe. Polecono wino stare, ciepłe napoje w miernej ilości i założono do kiszki stolcowej czopek opiowy (*Extr. opii aquos 0·03*).

27. marca, trzeci dzień połogu. W nocy chora nie spała z powodu czkawki i wymiotów; wzdęcie brzucha i bolesność utrzymują się w równym stopniu. Ponieważ chora sama twierdzi, że przed porodem nie był należycie przewód pokarmowy oczyszczony, przeto podano jej olejek rącznikowy, który jednak zwymiotowała, dlatego podano w $1\frac{1}{2}$ godziny lawatywę, a gdy ta skutku nie odniosła, postanowiono zastósować wlewania wody do jelit. Kiedy wprowadziłem palec do odbytnicy, aby po nim wsunąć rurę kauczukową, przekonałem się, że guz znowu obsunął się do miednicy małej i ucisnął kiszkę grubą. Dotykanie guza a tembardziej próba, aby guz wysunąć, okazały się tak bolesne, że znowu podano położnicy nieco chloroformu, po czem rurę obok guza udało się przesunąć wysoko. Po zastósowaniu wlewań odeszło nieco zbitych mas kałowych i dużo wiatrów, w następstwie czego wzdęcie brzucha nieco się zmniejszyło.

Ciepłota rano 37·8, tętno 128, wieczorem ciepłota 37·0, tętno 116. Wieczorem posmarowano brzuch kolodyonem.

28. marca, czwarty dzień połogu. Rano ciepłota 38·0, tętno 120. W nocy i nad ranem wymioty i czkawka. Podano 2 proszki kalomelu co 2 godziny po 0·5 bez skutku. Chora skarży się na bóle mocne dołem i w krzyżach. Podano okłady lodowe. Bóle potem nieco zmniejszyły się. Po południu powtórzyły się wymioty, w wymiotach domieszka żółci; podano rozczyn kokainy. Wieczorem ciepłota 36·9, tętno 128. Język wilgotny, badanie moczu wykazuje dosyć dużą ilość białka. Ponieważ chora skarży się na wzdęcie i przelewania w jelitach, a kalomel nie zrobił skutku, powtórzono wlewania wody do jelit, poczem odeszło nieco stolca i wiatrów.

29. marca, piąty dzień połogu. Ciepłota 37·0, tętno 124. W nocy chora spała dosyć dobrze, wymiotów nie było. Rano po każdem przyjęciu płynów czkawka i wymioty. Wiatry nie odchodzą, wzdęcie brzucha jednak nieco mniejsze, co widać po pomarszczeniu się kolodyonu. Przy obmacywaniu brzuch w okolicy lędźwiowej, tam, gdzie jest guz, najwięcej jest bolesny. Odchody, tak dziś, jak i dni poprzednich, nieobfite, ale nie cuchnące. Około godziny 4-tej po południu stolec dosyć obfity i odeszło dużo wiatrów. Ciepłota wieczorem 36·9, tętno 128.

30. marca, szósty dzień połogu. Ciepłota 38·0, tętno przepuszczające 164. W nocy chora była niespokojna, skarżyła się na bóle w dolnej części brzucha; przez noc podano 2 razy czopek (*0·03 extr. opii*), t. j. jeden w wieczór, drugi nad ranem. Wzdęcie znacznie większe, wargi spieczone, język zasycha, rysy zaostrzone, wymiotów niema. Około południa chora skarży się na mdłości, jest nieprzytomna, zrywa się, tętno bardzo szybkie nie daje się zliczyć, podano szampan *cum. ol. cinnamomi*, kamforę, eter. O godzinie 2-giej po południu wśród objawów zapadu śmierć.

Rozpoznanie kliniczne na karcie sekcyjnej brzmiało:

Partus, primipara — fibromata multiplicia subserosa uteri, incarceratio fibromatis in cavo Douglasi, inde pelvis absolute angusta, tetanus uteri. Repositio fibromatis in narcosi. Extractio foetus morturi. Craniotomia. Extractio manualis placentae. Peritonitis.

Sekcya wykonana w zakładzie anatomiczno-patologicznym prof. Browicza wykazała co następuje:

Peritonitis fibrinosa universalis. Haemorrhagia in cavum peritonei nec non subperitonealis e ruptis adhaesionibus

in cavo Douglasi inter tumorem et parietem posteriorem uteri; degeneratio fibrosa ovarii dextri, perioophoritis adhaesiva dextra. Endometritis puerperalis purulenta, metrophlebitis. Fibromyomata multiplicia subserosa uteri.

Jeżeli porównamy rozpoznanie kliniczne za życia z rozpoznaniem na stole sekcyjnym, to one niewiele różnią się od siebie. Nie rozpoznaliśmy wprawdzie krwotoku do jamy brzusznej z przedartych zrostów pomiędzy guzem a macicą, krwotoku, który stał się bezpośrednią przyczyną zejścia niepomyślnego, bośmy nie mieli do tego żadnych podstaw. Wszak rozpoznając zapalenie otrzewny ogólne, mieliśmy łatwy sposób wytłómaczenia szybkiego i nikłego tętna; tembardziej wobec częstych wymiotów mogliśmy zapad, który nie wystąpił nagle, tłómaczyć równie dobrze zapaleniem otrzewny, której zwykł towarzyszyć. Prawda, że gdybyśmy mogli rozpoznać zrosty, to myśl, że mogły uledz przerwaniu, musiałaby nam nasunąć się mimowoli, ale wobec łatwości, z jaką guz dał się odprowadzić, nie mogliśmy się tego spodziewać; dalej okoliczność, że ciąża nie została przerwana, lecz, że mieliśmy do czynienia z porodem na czasie, nie przemawia za, lecz przeciw obecności zrostów. Nie rozpoznaliśmy dalej zmian chronicznych w jajniku i około jajnika prawego; tego przecież za błąd poczytać nie można, zwłaszcza, gdy ani wywiady, ani przebieg ciąży niczem nie zamącony nie dawały nam w tym względzie żadnych wskazówek. Rozpoznanie zmian włóknistych w okolicy macicy podczas ciąży należy do największych trudności, możemy się tylko z pewnych objawów ich obecności domyślać np. z bolesności na ograniczonem miejscu przy obmacywaniu, z bólów stale w jednem miejscu podczas ciąży występujących a powiększających się przy zmianie pozocyi ciężarnej osoby, ze zmiany w położeniu macicy; na pewne zaś rozpoznać możemy wtedy i to w pierwszych miesiącach ciąży, gdy wybadamy najczęściej w zatoce Douglasa napinające się nitki. O zmianach w błonie śluzowej macicy i o ropie w żyłach nie napisaliśmy wyraźnie w rozpoznaniu, bo rozumie się samo przez się, że zapalenie otrzewny powstało w następstwie zakażenia jadem

gnilnym, który z błony śluzowej macicy drogą naczyń tamże wtargnął, a przecież przed ukończeniem porodu mówiliśmy o rozkładzie gnilnym i na błonie śluzowej macicy i na płodzie, za czem odchody cuchnące dostatecznie zdawały się przemawiać. Tym sposobem uporalibyśmy się z rozpoznaniem. Do czego mieliśmy podstawę, tośmy rozpoznali; o domysłach zaś, jakie w każdym przypadku mogą się nasunąć, woleliśmy zamilczeć. A teraz zapytać się godzi, dlaczego nasz przypadek zaliczyć musimy do niezwykłych.

Naprzód widzimy, że u tej kobiety istniały włókniaki od dawna, nie wywołując prawie żadnych objawów. Że nie było krwotoków, to nic dziwnego, bo to przecież cecha włókniaków miąższowych a szczególnie podśluzowych, ale osoba ta na zapytania co do objawów uciskowych stanowczo twierdziła, że nigdy żadnych zboczeń nie miała. A ciąża jakże przebiegała? Wszak włókniaki są przyczyną częstych poronień z przyczyny, że macica swobodnie nie może się rozwijać; w naszym zaś przypadku ciąża dobiegła bez powikłań do kresu, mimo zrostów tak rozległych między guzem a macicą i sąsiednimi organami, mimo zmiany włóknistej w jajniku i około jajnika prawego. Snać te zrosty podczas ciąży ulegały rozpulchnieniu i nie przeszkadzały macicy w rozwoju, albo też powstały one dopiero podczas ciąży; obecność bowiem nowotworów w jamie brzusznej usposabia zawsze do powstawania zadraźnienia otrzewny, a cóż dopiero podczas ciąży wobec tak znacznego przekrwienia części rodnych! Co się tyczy porodu, to przebieg jest o tyle ciekawy, że mimo takiego niestósunku porodowego, mimo wczesnego odpływu wód płodowych, przecież nie mieliśmy nawet w chwili rozwiązania znacznego rozszerzenia i zcieńczenia szyi macicy, jak to bywa w podobnych przypadkach, poczem łatwo nastaje pęknięcie macicy. Zdaje się, że ów tężec macicy, podczas którego macica we wszystkich swych częściach jednostajnie jest skurczona, przez co znika współzawodnictwo między górnym kurczącym się a dolnym odcinkiem macicy, który ulega znacznemu rozdęciu, zapobiegł temu, a dalej i to, że do porodu nie stawiała się część

twarda, jaką jest główka, lecz że pośladki a względnie nóżki przodujące, nie mogły tak znacznie rozszerzyć szyi. I to jest bardzo dziwne, że mimo opieki lekarskiej poród przedstawił nam się tak zaniedbanym. W połogu ani zapalenie posokowate wnętrza macicy, ani ropa w naczyniach, ani wreszcie zapelenie otrzewny, wobec tak zaniedbanego porodu, nie były dla nas niespodzianką; było nią natomiast owe krwawienie do jamy brzusznej powoli powstające z rozdartych zrostów, które znaleziono przy sekcyi, a które miało położyć kres życiu matki. Z przypadku tego, który, zdaniem mojem, wypada z czystem sumieniem nazwać zaniedbanym, nabraliśmy tego przekonania, że należy o zrostach takich pamiętać, że w razie, gdyby je można rozpoznać a płód żyje, lepiej byłoby może przystąpić do rozwiązania drogą sztuczną i połączyć z niem radykalne usunięcie włókniaków, a jeżeli już zmuszeni okolicznością rozwiązać musimy rodzącą w sposób wyżej podany, to należy pilnie śledzić, czy niema objawów wewnętrznego krwotoku; skoro go zaś rozpoznamy, przystąpić do otwarcia jamy brzusznej i odpowiedniego leczenia, którem matkę moglibyśmy od śmierci uratować.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos:

Kol. Kohn zgadza się w danym przypadku na postępowanie lecznicze, lecz wątpi, aby krwotok do jamy brzusznej powstał podczas odprowadzenia guza do brzucha. Krwotok bowiem tak duży mógłby powstać ze zrostów dużych, a wtedy odprowadzenie nie byłoby się udało. Raczej skurcze macicy mogły w danym razie rozerwać zrosty. Co do zapalenia ropnego, jakie miało istnieć przed operacyą, nie było po temu wyraźnych objawów.

Kol. Mars radzi zebrać podobne przypadki i według tego ułożyć pewne zasady postępowania.

XLVII. Posiedzenie z dnia 5 grudnia 1893 r.

Przewodniczący Prof. Dr. H. Jordan. Obecnych członków 7.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Cercha zawiadamia, że księgarnia Krzyżanowskiego podjęła się sprzedaży roczników Towarzystwa ginekologicznego.

3) Kol. Rosner zrzeka się udziału w referowaniu kwestyi zjazdu lekarzy polskich we Lwowie w r. 1894, a Towarzystwo poleca tę sprawę kol. Cersze i Kohnowi.

4) Kol. Świtalski przedstawił dwie chore, u których wykonano z powodu torbielaka jajnikowego ovariectomią, a że chore cierpiały równocześnie na obniżenie macicy i wypadnięcie ścian pochwy wykonano równocześnie przyszycie macicy do powłok brzusznych (*Ventrofixatio uteri*).

Uskuteczniono to w następujący sposób: po podniesieniu trzonu macicy powyżej dołnego kąta rany brzusznej, przeprowadzono igłę, nawleczoną katgutem, naprzód przez otrzewną ścienną po stronie lewej, potem popod otrzewnę maciczną na 2 ctm. poniżej dna przy rogu lewym macicy. Igłę wykłuto przed linią środkową macicy i wkłuto drugi raz popod otrzewną maciczną, zajmując nitką symetryczny kawałek otrzewny macicznej koło prawego rogu; w końcu ujęto w szew otrzewną ścienną po stronie prawej. Założono takich szwów dwa. Drugi szew leżał ponad pierwszym, 1 ctm. poniżej dna.

W dyskusyi zakierali głos:

Kol. Cerha zaznacza, że na razie wyniki zabiegu mogą być pomyślne, jednak aby wydać sąd o skutkach, trzeba te chore mieć na oku przez czas dłuższy.

Zaznacza dalej, że zabieg dla pierwszej z chorych, która liczy lat przeszło 50, przyniesie błogie skutki. Co do drugiej chorej, która znajduje się w wieku średnim, to jakkolwiek sam żadnych z powodu braku w tym kierunku doświadczenia zastrzeżeń czynić nie może, przypomina sobie zdanie niektórych ginekologów, którzy dosyć niechętnie widzą ten zabieg, a to ze względu na powikłania, jakie wystąpić mogą wśród ciąży i porodu po przyszyciu macicy do powłok brzusznych. (Gotschalk). Należy też rozróżnić przyszycie macicy, zrobione przy sposobności wycięcia guza jajnikowego, od laparotomii wykonanej jedynie w celu przyszycia macicy (*ventrofixatio*).

Kol. Mars zaznacza, że w jednym z tych przypadków znajduje macicę dużą i wyraźnie zrośniętą z powłokami brzusznemi, nadto lekkie opadnięcie pochwy i radzi założyć w tym przypadku krążek. W drugim zaś, gdzie macica znacznie słabiej z powłokami zrośnięta, uważa krążek za konieczny.

Kol. Świtalski sądzi, że w pierwszym przypadku, gdzie badanie dronowidowe wykazało rakowate zwyrodnienie torbielaka, chora długo z dobrego stanu nie będzie się cieszyć. Co do powiększenia macicy, to zapomniał dodać, że badanie przed operacyą wykazało powiększenie macicy i wydłużenie jej jamy o $^1/_2$ ctm. Obecnie jest macica raczej nieco mniejsza.

Kol. Mars podnosi, że kol. Cersze słusznie chodzi o rozróżnienie ventrofixatio robionej przy sposobności od ventrofixatio umyślnie robionej. Już co do rokowania musi być różnica. W pierwszym przypadku otoczenie może nie wiedzieć o zabiegu, gdy w drugim możliwy niepomyślny wynik spada w całości na zabieg przyszycia macicy do powłok.

Kol. Braun. Na podstawie jednego przypadku cięcia cesarskiego zachowawczego, w klinice prof. Madurowicza obserwowanego, w którym to przypadku przyszło do zrostu między macicą a powłokami brzusznemi, a w kilka miesięcy potem znaleziono macicę wolną, niezrośniętą, przypuszcza, że i w danych dwóch przypadkach nastąpi rozluźnienie. Mimo to sądzi, że w danych przypadkach zabieg ten jest usprawiedliwiony najzupełniej, gdyż tym sposobem pozbyły się chore objawów towarzyszących opadnięciu macicy i pochwy.